

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas



**TESIS DOCTORAL**

**Evaluación del Programa de Asistencia Dental Infantil en  
Extremadura desde el 2010 al 2015**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Paloma Avilés Gutiérrez**

**Director**

**Joaquín de Nova García**

**Madrid, 2019**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas**



**TESIS DOCTORAL**

**Evaluación del Programa de Asistencia Dental Infantil en Extremadura desde el 2010  
a 2015.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Paloma Avilés Gutiérrez**

**Director**

**Joaquín de Nova García**

**Madrid, 2018**







**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas**



**TESIS DOCTORAL**

**Evaluación del Programa de Asistencia Dental Infantil en  
Extremadura desde el 2010 a 2015.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Paloma Avilés Gutiérrez**

Director

Joaquín de Nova García

**Madrid, 2018**



*Dedicado a mis padres, Lourdes y José Luis, por su ejemplo de esfuerzo, trabajo y honradez. A ti mamá por enseñarme que las cosas hechas con amor te devuelven más de lo que das. Gracias papá por inculcarme, entre muchas otras cosas, la profunda pasión por esta profesión.*





*Deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas que directa e indirectamente han colaborado en la realización de este trabajo, en especial:*

*Al Dr. De Nova, por dirigirme este proyecto con ilusión y buen hacer. Su apoyo y ayuda desde el primer momento han sido fundamentales para llegar hasta aquí.*

*A Jesús Rueda, persona imprescindible en la elaboración del presente trabajo y en mi vida: gracias por tu confianza y amistad infinita.*

*A Manolo Madrigal: gracias por ayudarme a encontrar el camino.*

*A mi madre Lourdes y mi hermano José Luis, por ayudarme con su generosidad y paciencia, sacando siempre la mejor versión de mi misma. Sin vosotros esto no hubiese sido posible.*

*A Nanona, Andrés y Lucía: gracias por darme tanto.*

*A Quique: por estar siempre y apoyarme en los momentos duros.*

*A mis amigos: gracias por quererme y ayudarme de la manera en que lo hacéis. En especial a Francisco, por brindarme su tiempo cuando a penas me conocía. A mi incondicional Marga: nunca te estaré lo suficientemente agradecida por lo que has hecho por mí.*

*Gracias a todos los que, aun que no os nombre, siempre habéis estado ahí.*

*Gracias a todos.*





UNIVERSIDAD  
**COMPLUTENSE**  
MADRID  
**DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS  
ODONTOLÓGICAS**

**D. M. JOAQUÍN DE NOVA GARCÍA, PROFESOR TITULAR DEL  
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE  
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
DE MADRID**

CERTIFICA: Que la Tesis Doctoral con el título: **“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL EN EXTREMADURA DESDE 2010 A 2015.”**, es un trabajo original que ha sido realizada bajo mi dirección, por **Dña Paloma Avilés Gutiérrez**, y reúne, en mi criterio, los requisitos suficientes para optar al Grado de Doctor.

Madrid, catorce de mayo de dos mil dieciocho

Fdo: Prof. M Joaquín de Nova García





## ÍNDICE





1.	Resumen en español.	
2.	Resumen en inglés	
3.	Justificación del estudio	17
4.	Introducción	21
2.1	Salud oral en España y Extremadura	23
2.1.1	Salud oral en España	23
-	Evolución de la patología oral en España	23
-	Evolución de la patología oral en España por Comunidades Autónomas (CC.AA)	26
2.1.2	Salud oral en Extremadura	28
-	Introducción demográfica de Extremadura	28
-	Sanidad pública en Extremadura	31
-	Distribución socio-sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura	32
•	Mapa sanitario de la región de Extremadura	35
•	Delimitación de las áreas de salud en la Comunidad de Extremadura	37
2.2	Modelos asistenciales en salud bucodental en España	40
-	Diferencias entre las Comunidades Autónomas (CC.AA)	42
-	Modelos asistenciales financiados por la administración sanitaria	43
-	Desigualdades sociales en salud y atención primaria	47
2.3	El PADI	47
2.3.1	En España	47
-	Descripción de los servicios de salud bucodental por comunidades autónomas	48
2.3.2	En Extremadura	63
3.	Objetivos e Hipótesis	65
3.1	Generales	67
3.2	Específicos	67
4.	Material y métodos	69
5.	Resultados	79
6.	Conclusiones	133
7.	Discusión	137
8.	Bibliografía	143
9.	Anexos	151



## RESUMEN

Durante estos casi 30 años que lleva el PADI desarrollándose en España, ha quedado más que justificada su creación, siendo prueba de ello la mejora en los niveles de salud y accesibilidad a los servicios sanitarios y de salud oral de la población española.

Estudiar los distintos factores y variables individuales que afectan al estado de salud bucodental en la Comunidad de Extremadura nos parece de gran interés para la sociedad infanto-juvenil, ya que es una Comunidad de la que se ha publicado y conocido pocos datos respecto al marco público de salud bucodental y con mucha población en su mayoría de emplazamiento rural.

Pretendemos con esta tesis dar luz a la actividad que ha tenido el programa en los seis años recogidos (2010-2015) pudiendo analizar así la posible relación entre los factores demográficos, socioeconómicos e intelectuales y estado de salud bucodental para así identificar debilidades y fortalezas.

## OBJETIVOS:

El presente trabajo tiene un doble objetivo. Primero: recopilar y presentar la información producida por la actividad del Programa de Asistencia Dental Infantil en Extremadura desde el 2010 hasta el 2015. Segundo: analizar, desde la información de estos años, la situación actual del sistema y avanzar líneas para su mejora en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Específicos:

- Estudiar la cobertura del PADI en Extremadura según: la utilización de la red asistencial (pública o privada) y emplazamiento de residencia de los pacientes (rural, urbano o suburbano).
- Analizar el coste de la asistencia concertada por ejercicio del PADIex y según emplazamiento de residencia del pacientes.
- Analizar la asistencia general y adicional dispensada en el PADIex según emplazamiento y año de ejercicio.
- Estudiar la asistencia general y adicional dispensada por la red asistencial, pública y privada, por cada ejercicio del programa.
- Analizar la asistencia dental general y adicional en el PADIex según la edad de los pacientes y el año de ejercicio.

## RESULTADOS

Es en el medio rural donde el número de obturaciones ha ido aumentando a lo largo de los 6 años, superando al número de selladores y fluoraciones prácticamente desde el inicio; en los emplazamientos suburbano y urbano el número de obturaciones supera al número de selladores a partir del año 2014 (desciende la prevención para aumentar el terapéutico).

Si comparamos las cantidades de estos tratamientos respecto al número de niños tratados, podemos decir que; el promedio de niños que reciben tratamiento de selladores descende considerablemente en las tres poblaciones. El promedio de niños que reciben tratamiento de obturación asciende en los tres emplazamientos, siendo en el urbano el menor ascenso.

### CONCLUSIONES:

La cobertura anual del PADI en Extremadura ha descendido a lo largo de los 6 años estudiados y a su vez hay una mayor utilización de la red concertada sobre la pública (lo previsto por ser un modelo PADI).

El coste de la asistencia general ha evolucionado de manera ascendente para el programa. En el 2010 supuso un gasto de 1.268.000 euros, pasando a 1.553.286 euros en el 2015. Para la asistencia adicional se destinó en el 2010 35.650 euros y en el 2015 ascendió a 68.486 euros.

El número de obturaciones aumenta en los tres emplazamientos, siendo en el urbano el menor aumento del promedio de niños que reciben este tipo de tratamientos. Las extracciones prácticamente se mantiene en los tres poblaciones. El promedio de selladores disminuye considerablemente en los tres, mientras que el flúor es el doble en entornos suburbanos que urbanos.

Es en el área privada donde tiene lugar mayor actividad en cuanto a tratamientos terapéuticos se refiere. La tendencia es que cada vez más la población utilice los servicios de odontólogos que tienen concierto con el SES.

A medida que aumentan las edades estudiadas, aumenta el promedio de niños que reciben obturaciones y descienden los selladores y flúor.

## SUMMARY

During these almost 30 years that the PADI has been developing in Spain, its creation has been more than justified, proof of which is the improvement in the levels of health and accessibility to the health and oral health services of the Spanish population.

To study the different factors and individual variables that affect the state of oral health in the Community of Extremadura seems to us of great interest for the child-youth society, since it is a Community that has been published and known few data regarding the public framework of oral health and with a lot of population mostly of rural location.

We intend with this thesis to give light to the activity that the program has had in the six years collected (2010-2015), thus being able to analyze the possible relationship between demographic, socio-economic and intellectual factors and oral health status in order to identify weaknesses and strengths.

## OBJECTIVES:

The present work has a double objective. First: compile and present the information produced by the activity of the Children's Dental Assistance Program in Extremadura from 2010 to 2015. Second: analyze, from the information of these years, the current situation of the system and advance lines for its improvement in the Autonomous Community of Extremadura.

Specific:

- Study the coverage of the PADI in Extremadura according to: the use of the care network (public or private) and the residence of patients (rural, urban or suburban).
- Analyze the cost of the concerted assistance for the PADI exercise and according to the patient's residence location.
- Analyze the general and additional assistance provided in the PADI according to location and year of exercise.
- Study the general and additional assistance provided by the public and private health care network for each year of the program.
- Analyze the general and additional dental assistance in the PADI according to the age of the patients and the year of exercise.

## RESULTS

It is in rural areas where the number of seals has been increasing over the 6 years, exceeding the number of sealants and fluoridations practically from the beginning; in the suburban and urban sites, the number of seals exceeds the number of sealants as of 2014 (prevention decreases to increase the therapeutic).

If we compare the amounts of these treatments with respect to the number of treated children, we can say that; The average number of children receiving sealant treatment drops considerably in all three populations. The average number of children receiving obturation treatment rises in the three sites, with the lowest rise in urban areas.

## CONCLUSIONS:

The annual coverage of the PADI in Extremadura has decreased over the 6 years studied and, in turn, there is a greater use of the concerted network over the public network (as

foreseen for being a PADI model).

The cost of general assistance has evolved upwards for the program. In 2010 it was an expense of 1,268,000 euros, going to 1,553,286 euros in 2015. For the additional assistance was allocated in 2010 35,650 euros and in 2015 amounted to 68,486 euros.

The number of seals increases in the three locations, with the smallest increase in the average number of children receiving this type of treatment in urban areas. The extractions practically remain in the three populations. The average sealant decreases considerably in all three, while fluoride is twice as much in suburban as urban environments.

It is in the private area where there is greater activity in terms of therapeutic treatments. The tendency is that more and more the population uses the services of dentists who have concert with the SES.

As the ages studied increase, the average number of children receiving seals increases and the sealants and fluoride decrease.

## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En los últimos años son muchos los estudios que han demostrado una mejora en el estado de salud oral en la población española. A pesar de ello, la tasa de frecuentación anual al dentista en la población infanto-juvenil residente en España se sitúa entre el 40% y el 47,1% (Jiménez R 2004, Tapias 2005). Estos valores están claramente alejados de las



recomendaciones institucionales, que aconsejan revisiones anuales (Sociedad Española de Odontopediatría). Asimismo, la prevalencia de hábitos saludables presenta un claro gradiente socioeconómico: se cepillan con más frecuencia y visitan más al dentista los niños de nivel socioeconómico alto (Park YD 2010, Polk DE 2010, Cortés FJ 2013, Castaño A 2013).

En España, desde 2001, la financiación, el ordenamiento de las prestaciones sanitarias y el modelo de provisión, dependen de cada comunidad autónoma. En estos últimos años, la atención bucodental infantil ha mejorado considerablemente con la puesta en marcha y el perfeccionamiento de los planes de salud bucodental de la mayor parte de las comunidades autónomas.

Hasta el momento, los estudios realizados en España han identificado como predictoras del uso de los servicios de salud bucodental infantil variables individuales (sociodemográficas y de nivel socioeconómico) y contextuales (modelo asistencial) (Cortés FG 2003, Pinilla J 2015). El uso aumenta con la edad, el nivel socioeconómico familiar y el modelo asistencial PADI.

En salud oral, los sistemas de información se utilizan para conocer la frecuencia y distribución de la enfermedad, las necesidades de tratamiento o la existencia de grupos vulnerables, y además son esenciales como soporte a las políticas de salud dental dirigidas a la planificación de los servicios (Gift HC 1997, Manija F 1996).

Estudiar los distintos factores y variables individuales que afectan al estado de salud bucodental en la Comunidad de Extremadura nos parece de gran interés para la sociedad infanto-juvenil, ya que es una Comunidad de la que se ha publicado y conocido pocos datos respecto al marco público de salud bucodental y con mucha población en su mayoría de emplazamiento rural.

Pretendemos con esta tesis dar luz a la actividad que ha tenido el programa en los seis años recogidos (2010-2015) pudiendo analizar así la posible relación entre los factores demográficos, socioeconómicos e intelectuales y estado de salud bucodental para así identificar debilidades y fortalezas.

Para ello tomaremos variables tan importantes como el tipo de emplazamiento de los pacientes (urbano, suburbano y rural), tipos de tratamientos, edades, año y y la actuación odontológica según sea ésta pública o privada. De este modo se podrá analizar la situación odontológica en la Comunidad de Extremadura y enfocar así los recursos disponibles en la dirección más eficiente para el conjunto de la población infanto-juvenil. Es importante desde el ámbito de actuación de la atención primaria enmarcado en un programa de asistencia dental infantil (PADI) determinar que posibles factores pueden incidir en una mejor o peor salud bucodental. .



# INTRODUCCIÓN

## 2.1 Salud oral en España y Extremadura.

### 2.1.1 Salud Oral en España:

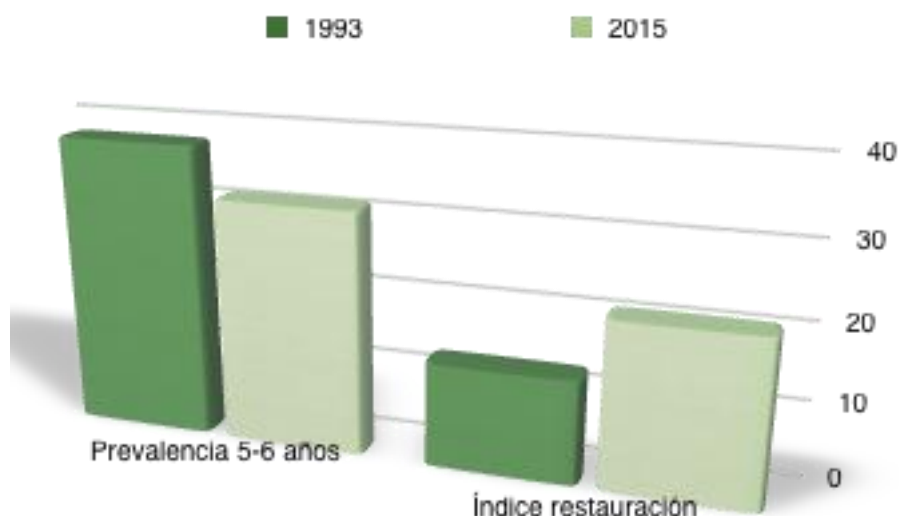
¿De que situación venimos?, ¿en que punto nos encontramos?, ¿cual ha sido la evolución que ha tenido la población española en salud oral? Es importante estudiar todas estas cuestiones para así poder hacer una reflexión de los posibles factores que actúan en la sociedad y, por consiguiente, sobre cuales podemos trabajar para mejorar la calidad de vida

oral de la población.

Como hemos comentado anteriormente, gracias a los estudios epidemiológicos nacionales que se llevan realizando en los últimos años, podemos conocer y comparar la situación de salud bucodental en la población española.

### *Evolución de la patología oral en España:*

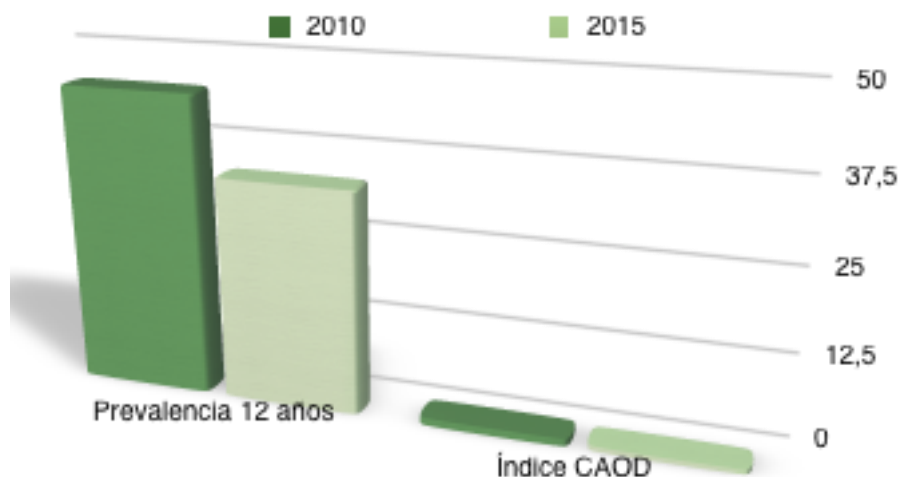
En un estudio publicado por Bravo et al en 2016, se estudió que en la cohorte de 5-6 años, en la que se valora la caries en dentición temporal, los indicadores no muestran cambios significativos a lo largo de los 22 años de seguimiento sometidos a observación. Respecto a la prevalencia de caries en dentición temporal se ha observado una evolución desde el 38% en 1993 al 31,5% en 2015: el índice de restauración a penas se ha modificado de un 13,4 en 1993 y el 21,4 de 2015. Esta circunstancia puede verse agravada por la escasa importancia que la población le da a la patología en la dentición temporal. Con una educación sanitaria pertinente durante el embarazo y la lactancia, sobre los riesgos que conlleva padecer caries dental en edades tempranas y su repercusión en la dentición definitiva, debería ser reforzada en los programas de salud bucodental. (Gráfica 1).



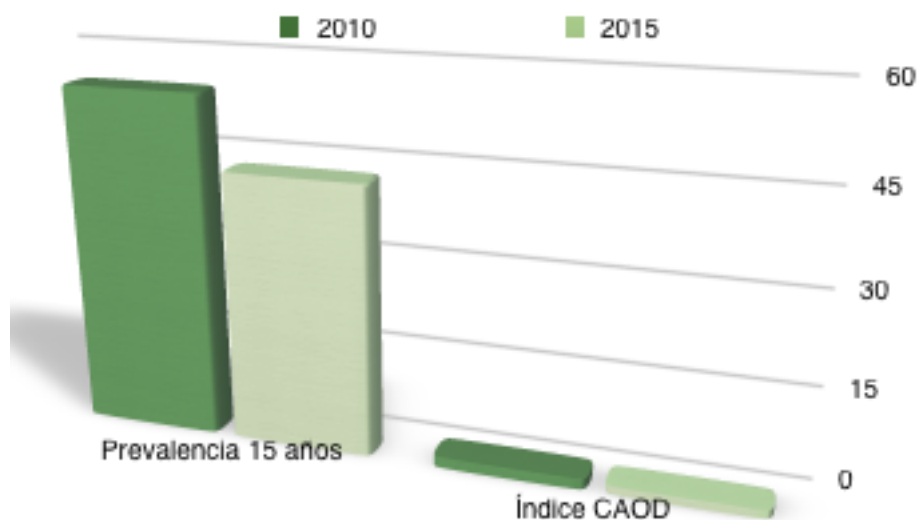
GRÁFICA 1.

En los grupos de 12 y 15 años es donde se ha podido observar una mejora significativa en los resultados del estudio nacional de salud oral de 2015. La prevalencia de caries en el grupo de 12 años ha pasado de un 45% en 2010 a un 33,3% en el 2015: el CAOD ha descendido de un 1,12 a un 0,71. En la cohorte de 15 años, la prevalencia ha pasado de un 54,8% a un 43,2%, mientras que el CAOD ha pasado de un 1,72 a 1,34. También se ha observado una mejora en los índices de restauración en ambos grupos. Esta tendencia puede corresponderse con la universalización de los programas de atención dental infantil que se produjo en 2008 con la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas

para la promoción de actividades en la salud bucodental infantil (Gráfica 2 y 3).

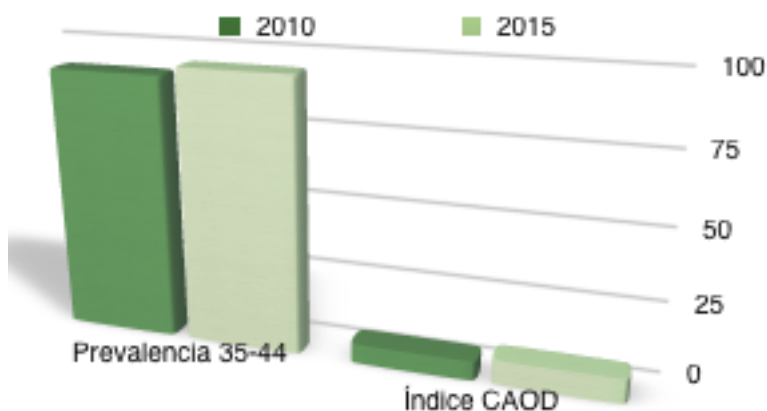


GRÁFICA 2.



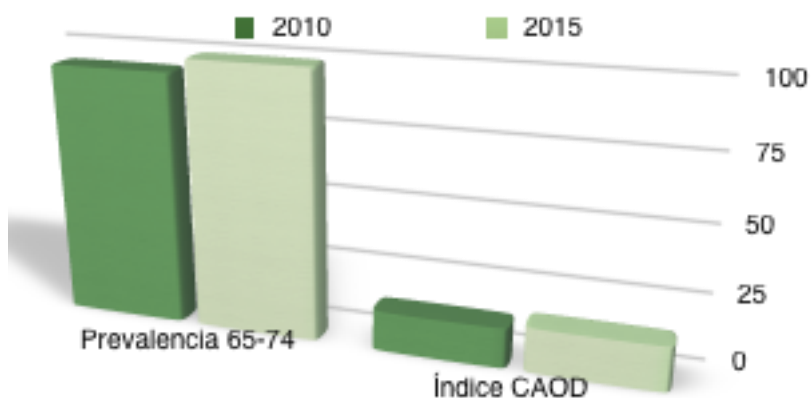
GRÁFICA 3.

Los adultos jóvenes (cohorte de 35-44 años), que mostraron una tendencia favorable entre los estudios de 2005 y 2010, presentan ahora un empeoramiento. En 2010 la prevalencia de caries era del 91,8% y actualmente es de un 95%. Con respecto al índice CAOD hemos pasado de un 6,75 a un 8,43. También hay un descenso en el índice de restauración. Resulta difícil interpretar estos resultados: posiblemente, aun que la oferta odontológica en nuestro país ha sufrido un incremento significativo en los últimos años, la demanda por parte del usuario se vería comprometida por el impacto de la recesión económica (Gráfica 4).



GRÁFICA 4.

En los adultos mayores (cohorte de 65-74 años) se ha observado una tendencia similar a la comentada en los adultos jóvenes. La prevalencia de caries ha empeorado, de un 94,2% en 2010 a un 99,5% en 2015: el índice CAOD ha pasado de un 14,7 a 16,3 (Gráfica 5).



GRÁFICA 5.

Las necesidades de tratamiento restaurador y exodoncia se corresponden con los indicadores epidemiológicos de caries encontrados en la población. Hay una estabilización de la necesidad de tratamiento a la edad de 5-6 años: sin embargo se aprecia un ligero descenso en el porcentaje de niños con necesidad de alguna tipo de tratamiento restaurador (35,7% en 2010 frente al 23,0% en 2015) mientras que ha aumentado el número medio de dientes con necesidad de tratamiento por niño (0,64 dientes temporales por niño en 2010, frente a 0,72 en 2015), lo que nos indica que se está produciendo un fenómeno de

concentración en grupos reducidos de individuos. Nos alerta sobre la necesidad de establecer programas prioritarios con enfoque de alto riesgo de caries.

En las cohortes de 12 y 15 años encontramos que tanto el porcentaje de individuos con necesidad total restauradora, como el número medio de dientes por niño han disminuido de forma considerable. El descenso de los indicadores de caries junto con la universalización de los programas de atención dental infantil explicarían los buenos resultados para la dentición permanente en estas edades. Una muestra mas del impacto de estos programas la encontramos en el aumento de porcentaje de niños con dientes con selladores de fosas y fisuras, tanto a los 12 años (de un 22,2% en 2010 a un 30,1% en 2015) como a los 15 años (de 17,4% a 25,6% respectivamente). Como también en el aumento del número de dientes sellados por niño (de 0,69 en 2010 a 0,98 en 2015 para los 12 años y de 0,52 a 0,90 para los 15 años). (Bravo 2016)

### *Evolución de la patología oral en España por Comunidades Autónomas (CC.AA):*

Según las encuestas nacionales (y en esto coinciden con las autonómicas) la caries en dentición temporal está estabilizada en los últimos 20 años (desde la encuesta de 1993), entorno al 37%. Las necesidades de tratamiento por caries no atendidas han disminuido del 35,1% al 26,7%, pero siguen siendo altas.

En dentición permanente, la caries ha descendido del 68,3% (en 1993) al 45% y las necesidades de tratamiento por caries no atendidas han descendido del 52,4 al 25,5%. Sin embargo, las diferencias por comunidades son importantes: mientras Canarias o Extremadura informan de una prevalencia en torno al 50%, Castilla y León, Navarra o País Vasco, lo hacen por debajo del 30% (Tabla 1). (Cortés FG 2013).



**CARIES DENTAL E ÍNDICE DE TRATAMIENTO A LOS 12 AÑOS EN ESPAÑA Y POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (ENCUESTAS POSTERIORES AL 2000)**

	Año	%CAOD>0	X CAOD	IR
ANDALUCÍA	2006	43	1,23	49,6
ARAGÓN	2004	31,2	0,65	81,8
PRINCIPADO DE ASTURIAS	2008	43,2	1,17	59,8
ILLES BALEARS	2005	34,9	0,89	55
CANARIAS	2006	51,9	1,51	37,2
CANTABRIA	2007	39,4	0,99	
CASTILLA-LA MANCHA	2004	40,8	1,09	49,5
CASTILLA Y LEÓN	1999	27,3	1,05	48,6
CATALUÑA	2006	45,8	0,73	52,5
EXTREMADURA	2002	50	1,31	36
GALICIA	2010	33,3	0,72	81,9
MADRID				
REGIÓN DE MURCIA				
C F NAVARRA	2007	28,5	0,63	68,9
LA RIOJA				
COMUNIDAD VALENCIANA	2010	37,7	0,83	57,6
PAÍS VASCO	2008	26	0,52	75
CEUTA				
MELILLA				
ESPAÑA	2010	45,0	1,12	52,7
ESPAÑA	2005	47,2	1,33	52,9
ESPAÑA	2000	43,3	1,12	52,9

TABLA 1.

De una forma muy general, con excepciones, si agrupamos las CCAA por niveles de caries por debajo del 30%, entre 30-40%, 40-50% y por encima del 50%, se observa un cierto gradiente norte-sur: las comunidades con menor prevalencia están situadas al norte y entre las que tienen una mayor prevalencia la mayoría están situadas al sur (Figura 1) (Cortés FG 2013).

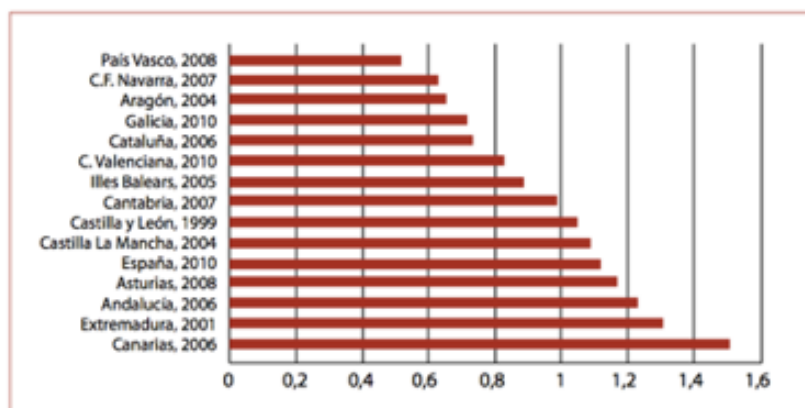


FIGURA 1  
Índice CAOD a los 12 años por Comunidades Autónomas.

Las necesidades de tratamiento por caries no atendidas son también muy variables de una comunidad a otra: mientras el País Vasco informa de un índice de restauración IR (fracción de tratamiento realizado sobre el índice CAOD:  $O/CAOD \times 100$ ) del 75%, Canarias lo hace del 37,2% (Tabla 1).

Recientemente en el RCOE (RCOE 2018) se ha publicado un artículo que estudia la atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España. Los indicadores epidemiológicos a la edad de 12 años se muestran en la Tabla 2.. Si se exceptúa la ciudad autónoma de Ceuta y Castilla y León, en la que los datos hallados son de hace 20 años, en el resto de comunidades, el porcentaje de niños con historia de caries a los 12 años oscila entre el 33,3 % de Galicia y el 45,8% de Cataluña. La mayoría de las comunidades se hallan por encima de la media nacional (33,3%). El valor medio del índice CAOD se halla por encima de la media nacional en todas las comunidades. El índice de restauraciones solo supera la media nacional en Galicia y en Cantabria. Es de destacar que solo la Comunidad de Madrid dispone de datos de 2015, el resto de comunidades los datos corresponden a estudios llevados a cabo entre 5 y 15 años atrás.

**TABLA 6.** Prevalencia de caries a los 12 años en las diferentes CC.AA. con sistema de atención odontológica público o mixto y media nacional

	Año	CAOD	%CAOD>0	IR	Índice SIC
Asturias	2008	1,17	43,2	59,8%	3,13
Cantabria	2007	0,99	39,42	70,7%	--
Cataluña	2006	0,73	45,8	52,5%	--
Ceuta	1996	3,70	90	--	--
Melilla	--	--	--	--	--
Galicia	2010	0,72	33,3	73,5%	2,44
Madrid	2015	0,79	38,4	57%	--
La Rioja	--	--	--	--	--
C. Valenciana	2010	0,83	37,7	59%	2,36
Castilla Leon	1995	2,32			--
Castilla La Mancha	2004	1,09	40,8	49,5%	--
España	2015	0,71	33,3	61,9%	2,14

CAOD: suma de dientes permanentes cariados+ausentes+obturados IR: índice de restauraciones  
Índice SIC: índice de caries significativo.

Tabla 2. RCOE 2018.

Respecto a su evolución en los últimos años, la mayoría de CCAA informa de un descenso del índice CAOD en el intervalo de los 10 últimos años desde su anterior encuesta realizada en los años 90. Este descenso se sitúa en el 10% en el caso de Andalucía, entre el 20-30% en el caso de Castilla La Mancha, Cataluña, CF de Navarra, C. Valenciana. Valores más acusados se dan en Illes Balears, 43%, País Vasco informa de un descenso del 50% y Galicia del 60%.

## 2.1.2 Salud Oral en Extremadura:

### Introducción demográfica de Extremadura:

**Extremadura** con una superficie de 41.634 Km<sup>2</sup>, es una región grande comparada con el resto de las Comunidades Autónomas. Actualmente el total de residentes a 1 de Enero de

2017 es de 1.079.224 habitantes, según el Padrón Continuo (datos provisionales) publicado por el Instituto Nacional de Estadística, lo que supone una reducción de 8.554 personas (-0,8%) respecto los datos definitivos a 1 de enero de 2016 (-0,04% en España). Es decir es la 13ª Comunidad de España en cuanto a población se refiere.

El 97,1% de los inscritos tienen nacionalidad española (1.047.836) y el 2,9% extranjera (31.388); dentro de estos últimos los países con mayor número de ciudadanos inscritos en la Comunidad Autónoma son Rumanía (8.615), Marruecos (7.202) y Portugal (3.305). El número de extranjeros se reduce un 6,9% respecto al año anterior (-1,5% a nivel nacional).

El 49,5% del total de inscritos en el Padrón residentes en Extremadura son hombres y el 50,5% son mujeres. Por nacionalidad predominan las mujeres tanto entre extranjeros (50,3%) como entre españoles (50,5%).

La densidad de población en nuestra CC.AA es de 26,36 habitantes/km<sup>2</sup>: mantiene una muy baja densidad si la comparamos con la densidad de población de España y la del resto de las Comunidades autónomas. Badajoz tiene una densidad de 31,48 hab/km<sup>2</sup> y Cáceres de 20,76 hab/km<sup>2</sup>.

La distribución de la población es muy desigual; los extremeños se concentran en zonas cercanas a las principales vías de comunicación y a las áreas de economía más activa. Las comarcas de las Vegas del Guadiana, las vegas del Tiétar y del Alagón, Tierra de Barros, las dos capitales provinciales y la capital autonómica reúnen a más de la mitad de la población de nuestra comunidad. Frente a estos territorios, aparecen importantes vacíos de población, especialmente en las zonas lejanas a las grandes vías de comunicación. Figura 2.

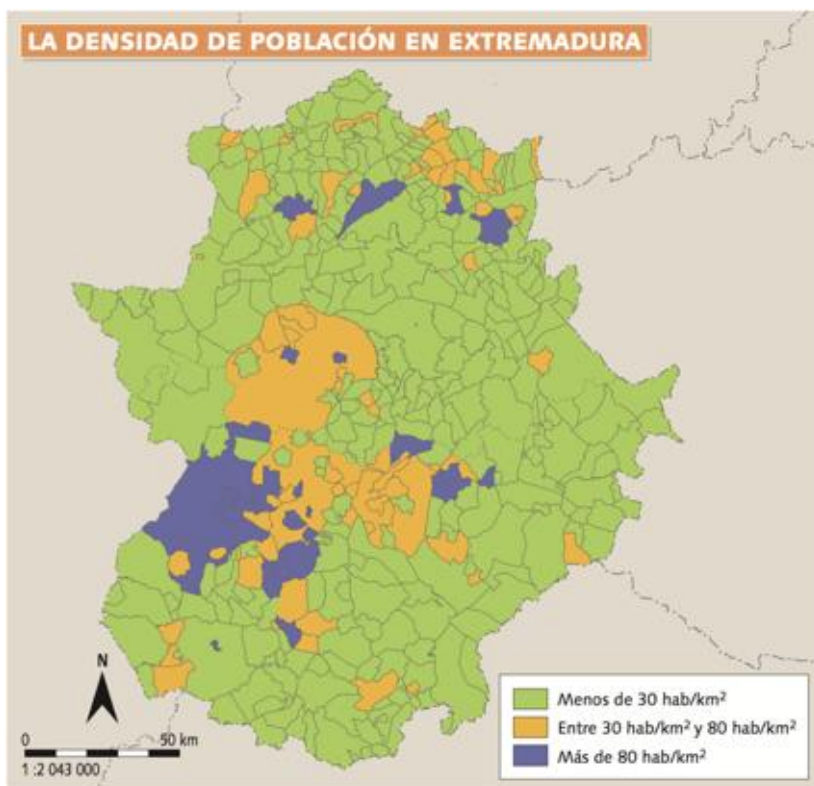


FIGURA 2.

Atendiendo al tamaño del municipio, el 28,3% de los inscritos en Extremadura reside en las capitales provinciales y autonómica; mientras que un 9,8% lo hace en municipios de 1.000 habitantes o menos. En estos últimos el 1,8% de la población es de nacionalidad extranjera, registrándose el mayor porcentaje de población extranjera (4,2%) en los municipios de entre 10.001 y 50.000 habitantes. (Figura 2).

Por edades, el tramo entre 50 y 54 años es más numeroso (86.680); considerando la nacionalidad, los grupos de edad con mayor número de inscritos son el de 50 a 54 años en los españoles y el de 35 a 39 años en los extranjeros.

Si acudimos a la EPA (Encuesta de Población Activa) para comprobar las cifras de desempleo en Extremadura, vemos que tiene un porcentaje de paro del 29,2% de la población activa, una tasa superior a la nacional, y que es la segunda Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de paro de España.

El producto interior bruto per cápita se define como la relación entre el valor total de todos los bienes y servicios finales generados durante un año por la economía de una nación o estado y el número de sus habitantes en ese año. Puede ser expresado a valores de mercado o a valores básicos. Su PIB es de 17.590M.€ euros, lo que la sitúa como la 15ª economía de España por volumen de PIB. En cuanto al PIB per cápita, que es un buen indicador de la calidad de vida, en Extremadura en 2015, fue de 16.166€ euros, frente a los 24.000€ euros de PIB per cápita en España. Se encuentra en el puesto 19 respecto al total de las Comunidades Autónomas, lo que indica que sus habitantes tienen un bajo nivel de vida en

comparación con la media de España.

En 2016 su deuda pública fue de 4.059 millones de euros, un 22,9% de su PIB y su deuda per cápita de 3.766 € euros por habitante. Si ordenamos las Comunidades Autónomas, de menor a mayor deuda, vemos que Extremadura se encuentra en la 19ª posición de la tabla de Comunidades Autónomas y es la segunda que menos deuda tiene por habitante.

1. A fecha de 2016, el porcentaje de población en la Comunidad de Extremadura con edades comprendidas entre los 5 y los 9 años es de un 4,87%, entre los 10 y 14 años de un 4,87% y entre los 15 y los 19 años de un 5,01%. Si ordenamos la población infanto-juvenil de la región por edades, tamaño de municipio de residencia y sexos, diremos que el numero de niñas entre los 5 y 9 años es de 5.336 (municipios <3000 habitantes), 1.975 niñas (entre 3000 y 5000 habitantes) y 18.406 niñas (mayores de 5000 habitantes) (6.774 en la capital). Para la misma edad en varones 5.197 niños (<3000), 2.239 niños (entre 3000 y 5000) y 19.371 (7.307 en la capital) (>5000 habitantes). El numero de niñas entre 10 y 14 años es de 5.450 niñas (<3000), 2.270 (3000-5000) y 17.751 (6.412 en la capital) (>5000). El numero de niños para el mismo tramo de edad es de 5.639 niños (<3000), 2.376 niños (3000-5000): y 18.495 (6.692 en la capital) (>5000). Por ultimo, para el tramo de edad comprendido entre 15 y 19 años, en el sexo femenino tenemos 6.137 niñas (<3000), 2.427 niñas (3000-5000) 17.430 niñas (6.067 en la capital) (>5000). Para el mismo intervalo de edad en varones, tenemos 6.542 niños (>3000 habitantes), 2.537 (3000-5000 habitantes) y 18.254 (6.286 en la capital). (PADRON CONTINUO INEE 2017). (Tabla 3 y 4 respectivamente).

TABLA 3

MUJERES			
EDADES	MUNICIPIO < 3000 HAB	MUNICIPIO 3000-5000 HAB	MUNICIPIO > 5000 HAB
5-9 AÑOS	5.336	1.975	18.406
10-14 AÑOS	5.450	2.270	17.751
15-19 AÑOS	6.137	2.427	17.439

TABLA 4

HOMBRES			
EDADES	MUNICIPIO < 3000 HAB	MUNICIPIO 3000-5000 HAB	MUNICIPIO > 5000 HAB
5-9 AÑOS	5.197	2.239	19.371
10-14 AÑOS	5.639	2.376	18.495
15-19 AÑOS	6.542	2.537	18.254

### Sanidad pública en Extremadura:

Desde mediados de la década de los ochenta, el centro de salud ha representado en la organización sanitaria de Extremadura, mucho más que una mera estructura física o recurso

sanitario. En la historia reciente de la Sanidad extremeña, ha significado el símbolo de una nueva manera de abordar la atención primaria de salud de la población extremeña. Es decir, el centro de salud no finalizaba donde acababan sus muros, sino que trascendiendo sus límites estructurales o físicos, alcanzaba su acción a toda la zona de salud, en virtud de un modelo organizativo basado en el equipo de atención primaria responsable de ofertar una atención de salud integral a dicha demarcación geográfica y poblacional. (Ferrer JL 2005).

La afiliación media a la Seguridad Social en Extremadura registró un aumento de 3.902 afiliados durante 2016, a pesar de que perdió 25 cotizaste en diciembre, con lo que el número de personas ocupadas se situó en 375.715.

Según los datos publicados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en el conjunto del país la afiliación media a la Seguridad Social registró un aumento de 540.655 afiliados durante 2016, tras sumar 68.531 en diciembre, con lo que el incremento anual supone la mayor subida desde 2006, hasta alcanzar las 17.849.055 personas ocupadas.

De los 375.715 afiliados a la Seguridad Social en Extremadura, casi 296.200 están inscritos al Régimen General, de los que a su vez, 61.264 pertenecen al sistema especial agrario y 5.241 al de hogar. El resto, un total de 79.522 están inscritos como autónomos (Periódico HOY Extremadura 2017).

Teniendo en cuenta dichos datos, el porcentaje de población Extremeña con afiliación a la Seguridad Social es del 34,81%.

Haciendo revisión bibliográfica de la literatura a nivel de la CC.AA de Extremadura, se ha encontrado un artículo del año 2002, (Algaba L 2002) en el que se describe la prevalencia de caries en la población escolar del suroeste de Badajoz. Es un estudio epidemiológico descriptivo transversal, en el que la muestra seleccionada fueron 225 niños de 6 localidades rurales del suroeste de la provincia, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por aulas en los 9 colegios existentes. La distribución fue de: 48 niños de 4 años, 57 de 7 años, 63 de 11 años y 57 de 14 años. El 52% eran niños y 48% niñas. La exploración la realizó un examinador calibrado previamente, siguiendo los criterios establecidos por la OMS en su encuesta de salud bucodental. La prevalencia de caries para el total de la muestra fue del  $80 \pm 5,7\%$ , siendo del  $75,3 \pm 4,8\%$  y del  $52,7 \pm 4,2\%$  en las denticiones definitiva y temporal, respectivamente. Los índices medios encontrados para el total de la muestra fueron los siguientes: CAOD=3,0; COD= 1,9; CAOS= 5,5; COS= 3,8; CAOM; 2,3. La conclusión a la que llegaron es que la prevalencia de caries en esta población del suroeste de la provincia de Badajoz es moderada y superior a la de otras zonas de España, debiendo instaurar programas preventivos para disminuirla.

Fue en el año 2004 cuando nace el Plan de Asistencia Dental Infantil en Extremadura (PadiEx). La normativa de referencia que se aplica en dicha comunidad para la asistencia dental pública de los niños es:

- Decreto 195/2004, de 29 de Diciembre, sobre asistencia dental a la población infantil de la comunidad autónoma de Extremadura.

El presente Decreto tiene por objeto establecer los criterios esenciales de actuación que

deben regir la gestión de la prestación en materia de salud bucodental destinada a los niños y niñas de la comunidad extremeña.

El Programa de Salud Bucodental para la población infantil contiene el conjunto de medidas preventivas y asistenciales que garanticen una asistencia sanitaria de calidad. Serán competencia del Servicio Extremeño de Salud la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las actuaciones que se realicen en el desarrollo de este Programa.

Para su implantación, se utilizó un modelo de capitación que ya se había implantado en otras comunidades autónomas. No era un modelo nuevo, se importó del Servicio Británico de Salud (NHS) y tenía un gran desarrollo en aquel país. Este modelo busca la figura del dentista de cabecera, responsable de la salud oral del menor. La financiación es pública y la provisión de servicios mixta: dentistas del Servicio Extremeño de Salud (SES) y dentistas del sector privado, que previamente obtengan la habilitación por parte del SES.

### *Distribución socio-sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura:*

#### *Mapa Sanitario de la región de Extremadura:*

La Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, en su Artículo 56 establece las competencias de las Comunidades Autónomas para delimitar y constituir en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión sanitaria de los Centros y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. La ordenación territorial de los servicios de salud, se basa en el establecimiento de dos tipos de demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. Esta ordenación se realiza a través del Mapa Sanitario (Born 1999).

La mencionada Ley General de Sanidad define las Áreas de Salud como estructuras básicas del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar. Así mismo, establece que cada Área de Salud dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, como establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

Igualmente, la citada Ley reconoce la competencia de las Comunidades Autónomas para delimitar y constituir en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, con arreglo a unos principios básicos.

Con el objeto de maximizar la operatividad y eficacia de los servicios sanitarios, la Ley

General de Sanidad establece la división de las Áreas de Salud en las Zonas Básicas de Salud y sus características fundamentales. Su desarrollo se aborda en el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud quedando definida la Zona Básica de Salud como la demarcación poblacional y geográfica fundamental que delimita a una población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. Al mismo tiempo encomienda su delimitación a las Comunidades Autónomas atendiendo a criterios geográficos, sociales y demográficos. Para esta ordenación se utiliza el Mapa Sanitario que es una herramienta de planificación mediante la que se define la organización del sistema sanitario, con objeto de garantizar la mayor accesibilidad posible de los usuarios y la eficacia del sistema. Esto implica una interrelación profunda con su entorno, permeable a sus cambios y, en especial, a las modificaciones ocurridas en la población.

El Mapa Sanitario de Extremadura, como elemento básico de ordenación y planificación sanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma, se aprobó por el Decreto 67/1998, de 5 de mayo, y ha sido objeto de diversas modificaciones en virtud del Decreto 189/1999, de 30 de noviembre, del Decreto 94/2001, de 13 de junio y del Decreto 183/2003, de 23 de septiembre.

Organizado el Mapa Sanitario no como una estructura rígida, sino con un obligado carácter dinámico y flexible, que le permita adaptarse a los diversos cambios, tanto demográficos como sociales y de racionalización de recursos, surge la necesidad de proceder a una nueva configuración de la citada estructura y de su organización territorial y funcional.

Esta nueva organización del Mapa Sanitario de Extremadura tiene por objeto adecuar las necesidades del sistema sanitario a esa realidad cambiante, con el fin de garantizar la disponibilidad y el mejor funcionamiento de los recursos sanitarios, así como la equidad en el acceso a ellos y la mejor atención a la salud de todos los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Extremadura. (Decreto Extremadura 2005).

Durante el tiempo transcurrido desde su aprobación han confluído en la Comunidad Autónoma de Extremadura diversos factores (demográficos, socioeconómicos, mejoras de vías y medios de comunicación, disponibilidad de nuevos recursos sanitarios, etc.), que tienen una inevitable repercusión sobre la configuración del mismo. Por lo que el 7 de Noviembre de 2008 salgo un nuevo Decreto, 238/2008, modificando así el mapa sanitario de la Comunidad de Extremadura. (Decreto 2008 Extremadura). Por consiguiente, en la actualidad, el mapa Sanitario en la Comunidad de Extremadura está formado por las siguientes áreas de salud (FIGURA 3):

- Área de Salud de Badajoz.
- Área de Salud de Mérida.
- Área de Salud de Don Benito-Villanueva de la Serena.
- Área de Salud de Llerena-Zafra.



- Área de Salud de Cáceres.
- Área de Salud de Navalmoral de la Mata.
- Área de Salud de Plasencia.
- Área de Salud de Coria.



FIGURA 3. Mapa de las Áreas de Salud en la Comunidad de Extremadura. Consejera de Sanidad y Políticas Sociales, Junta de Extremadura. 2017. (Mapa de las Áreas de Salud en la Comunidad de Extremadura. Consejería de Sanidad y políticas Sociales, Junta de Extremadura 2017).

## *Delimitación de las áreas de Salud en La Comunidad de Extremadura:*

### 1. Área de Salud de Badajoz:

Cuenta con veinticuatro centros de salud: Alburquerque, Alconchel, 10 unidades en Badajoz capital, Bancarrota, Gévora, Jerez de los Caballeros, La Roca de la Sierra, Montijo-Puebla de la Calzada, Oliva de la Frontera, Olivenza, Pueblonuevo del Guadiana, San Vicente de Alcántara, Santa Marta de los Barros, Talavera la Real y Villanueva del Fresno.

Como centros hospitalarios: el hospital Infanta Cristina y el perpetuo socorro-materno infantil.

### 2. Área de Salud de Mérida:

Cuenta con trece centros de Salud: Aceuchal, Almendralejo-San José, Almendralejo-San Roque, Calamonte, Cordobilla de Lácara, Guareña, Hornachos, La Zarza, 4 unidades en Mérida y Villafranca de los Barros.

Como centros hospitalarios existen dos: Hospital de Mérida y Hospital Tierra de Barros en Almendralejo.

### 3. Área de Salud de Don Benito-Villanueva de la Serena:

Dispone de catorce centros de salud: Cabeza del Buey, Campanario, Castuera, 2 en Don Benito, Herrera del Duque, Navavillar de Pela, Orellana la Vieja, Santa Amalia, Siruela, Talarrubias, 2 en Villanueva y Zalamea de la Serena.

Tiene dos centro hospitalarios: uno es el hospital de Don Benito-Villanueva y otro es el hospital de Siberia-Serena Este (Talarrubias).

### 4. Área de Salud de Llerena-Zafra:

Nueve son los centros de salud de los que dispone actualmente: Azuaga, Fregenal de la Sierra, Fuente de Cantos, Fuente del Maestre, Llerena, Los santos de Maimona, Monasterio y 2 en Zafra.

Existen dos hospitales en este área: el General de Llerena y el hospital de Zafra.

### 5. Área de Salud de Cáceres:

Veintitrés son los centros de salud que forman el área de salud: Alcántara, Alcuéscar, Aldea Moret, Arroyo de la Luz, Berzocana, Casar de Cáceres, seis en Cáceres capital, Guadalupe, Logrosán, Miajadas, Navas del Madroño, Salorino, Santiago de Alcántara, Talaván, Trujillo, Valdefuentes, Valencia de Alcántara y Zorita.

Dos son los hospitales que se ubican en Cáceres: Hospital de San Pedro de Alcántara y de Nuestra Señora de la Montaña.

## 6. Área de Salud de Plasencia:

Son catorce los centros de salud en Plasencia: Ahigal, Aldeanueva del Camino, Cabezuela del Valle, Casas del Castañar, Hervás, Jaraíz de la Vera, Monedas de Granadilla, Montehermoso, Nuñomoral, Pinofranqueado, tres en Plasencia y Serradilla.

Hospital Virgen del puerto es el único centro hospitalario de este área que se encuentra en Plasencia.

## 7. Área de Salud de Coria:

Cuenta con siete centros de Salud: Ceclavín, Coria, Hoyos, Moraleja, Torre de Don Miguel, Torrejoncillo y Valverde del Fresno.

Hospital Ciudad de Coria es su único centro hospitalario.

## 8. Área de Salud de Navalmoral de la Mata:

Cuenta con ocho centros de Salud: Almaraz, Bohonal de Ibor, Castañar de Ibor, Losar de la Vera, Navalmoral de la Mata, Talayuela, Villanueva de la Vera y Villar del Pedroso.

Hospital Campo Arañuelo es su único centro hospitalario.

A finales de Marzo de 2017 el consejero de Sanidad y Política Sociales, **José María Vergeles**, compareció ante el pleno del Parlamento regional para informar sobre el nuevo mapa sanitario, del que ya se ha elaborado un borrador de decreto que iniciará en breve su tramitación parlamentaria, abierta también a la participación ciudadana.

## 2.2 Modelos asistenciales en salud bucodental en España

Los servicios de salud bucodental en España para pacientes infanto-juveniles están viviendo un importantísimo desarrollo. En los últimos 20 años estamos conociendo, con grandes detalles, el nivel de salud dental de la población, los tratamientos recibidos y las necesidades de este sector de la población gracias a los numerosos estudios epidemiológicos nacionales y de ámbito regional. (Banco de datos epidemiológicos SESPO).

Diversas comunidades autónomas (CC.AA) han promulgado decretos que incluyen tratamientos dentales para este perfil de población, han diseñado diversos modelos de provisión y han asegurado su financiación. De esta manera, se han comenzado a incorporar tratamientos dentales a nuestro sistema sanitario público desde hace algunos años (Casals E 2008).

Existen diferentes modelos de provisión que se han ido desarrollando durante estos años: el público, el público mixto y el modelo concertado. El PADI (siglas del Programa de Asistencia Dental Infantil) es un modelo de concertación con el sector privado y pago de

servicios mediante un sistema de capitación.

Este sistema de atención dental tiene su origen en los programas que al inicio de la década de los 90 del pasado siglo implementaron las comunidades autónomas de País Vasco (1990) y Navarra (1991). Sin embargo, hoy es aplicado por nueve CC.AA. y gozan de una general aceptación. (Cortés FJ 2013, Cortés FJ 2004).

Más adelante, a partir de 2002 y en años sucesivos, otras comunidades autónomas como Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura y Murcia iniciaron programas siguiendo este modelo. La última incorporación la hace la Comunidad de Madrid en el 2017.

Todas ellas totalizan 18,2 millones de habitantes (39 % de la población total española). La totalidad de la población cubierta PADI es de 1.740.019 niños y adolescentes que representan el 9,6 % de la población general.

Las edades cubiertas con carácter general son de 6 a 15 años si bien hay excepciones. Cinco comunidades cubren ese ciclo (País Vasco comienza a los 7 años); Aragón cubre de 6 a 13 años (hasta los 16 en caso de minusvalía); Canarias cubre de 6 a 14 años; y Murcia, que actualmente solo cubre a los de 6,7 y 8 años de edad. Navarra, entre los años 2008 a 2011 amplió la cobertura hasta los 18 años, pero las dificultades presupuestarias surgidas de la crisis económica motivaron la vuelta a la cobertura inicial de 6 a 15 años, a partir del año 2012. (Cortés FJ 2016).

El modelo mixto fue elegido en 2003 y 2004 por Castilla Y León y Castilla La Mancha: se trata de una atención pública en primera instancia, pero que posteriormente deriva al sector privado concertado algunos tratamientos que no puede ofertar el sistema público.

El resto de CC.AA dispone de un modelo público exclusivamente o no disponen de servicios dentales diseñados exclusivamente para pacientes infanto-juveniles (Cortés FJ 2005).

Las primeras evaluaciones del PADI en Navarra y País Vasco, han conseguido demostrar que es un modelo altamente eficiente, por su cobertura frente a las necesidades de tratamientos de los pacientes y la reducción de la caries dental (Cortés FJ 2007, Simón F, Castaño A 2012, Bravo M 2013, Simón F 1996, Simón E 2013).

### **Fortalezas:**

La discusión sobre las fortalezas de los diferentes PADI que tuvo lugar en el XXI Congreso de SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral) puso de relieve que el apoyo político es un factor importante común a casi todas ellas, aunque indicadores indirectos hacen pensar que en alguna comunidad no lo sea tanto, como en el caso de Murcia, debido a los recortes producidos. En otras comunidades, el cambio de signo político parece que puede dar un impulso mayor al programa. Aunque estas prestaciones tienen amparo legislativo a nivel nacional (Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECRETO 1030/2006), su provisión mediante un sistema de concertación con el sector privado requiere del apoyo político en cada comunidad, y de la adecuación del sistema a las políticas de salud de la comunidad autónoma.

Por otro lado, no todas las CC.AA cuentan con una unidad de gestión con un odontólogo/estomatólogo: solo es el caso de Baleares, Canarias, Extremadura, Navarra y País Vasco. Por las características de esta especialidad médica, sería conveniente que recibiera un tratamiento diferenciado del resto de servicios sanitarios. (Cortés FJ 2013). Este, ha sido considerado un punto fuerte del sistema.

La alta tasa de utilización en las comunidades que esto ocurre, es considerado otra fortaleza. varía de una comunidad a otra. Entorno al 70% es la tasa de utilización en País Vasco y Navarra, comunidades con una experiencia de más de 25 años. Los datos publicados hasta ahora referidos a Navarra, muestran que ni el lugar de residencia (urbano/rural) ni el nivel socioeconómico han sido barreras, ya que no presentan diferencias en su frecuentación (Cortés FJ 2010.)

En el resto, esta cifra es más baja: en 2014, y en orden decreciente, Murcia tiene un 61%, Aragón el 35%, Baleares y Andalucía el 32% y a la cola Canarias, con un 27%. Durante el periodo estudiado (2010-2014) ha habido un descenso generalizado.

Si hablamos del perfil asistencial en nuestro país, podemos decir que es preventivo para el global de España y para la mayoría de las CC.AA: en decir, se realizan más selladores (técnica preventiva de caries oclusal) que obturaciones (técnica reparativa de una lesión de caries ya instaurada y activa). La Comunidad de Extremadura realiza el doble de selladores y el doble de obturaciones que el resto de comunidades (Figura 4).

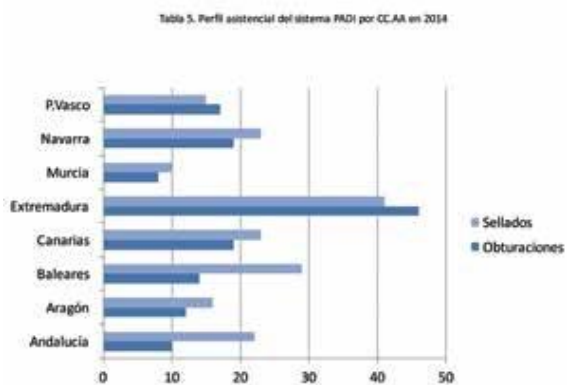


FIGURA 4.

### **Debilidades:**

Los mismos elementos de fortaleza, en su ausencia, se convierten en debilidad. Es el caso de la falta de una unidad de gestión en Andalucía, Aragón y Murcia. La baja tasa de utilización también en Andalucía y Aragón, además de Baleares y Canarias es otra debilidad. Esta baja tasa muestra la escasa proyección del programa en la sociedad, su desconocimiento como resultado probable de la falta de acciones de apoyo y promoción. Aun las tasas más altas de otras comunidades muestran su lado débil al no sobrepasar las

cifras mencionadas anteriormente.

La acción de estos programas junto con el aumento del nivel de vida, de cultura sanitaria y de hábitos higiénicos ha hecho descender la prevalencia de caries. En este proceso de descenso, algunas CC.AA legislaron para dar cobertura de tratamiento a los más jóvenes. Años después, la administración sanitaria central, superada por la acción de estas comunidades, reconoció el amparo al tratamiento de la caries dental para población de 6 a 15 años (Cortés FG 2010), pero su desarrollo ha sido desigual y no todas las CC.AA cumplen con este derecho que ampara el RD 1030/2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECERTO 1030/2006).

### *Diferencias entre las Comunidades Autónomas (CC.AA):*

En un análisis publicado por Cortés y cols. (Cortés FJ 2014) analiza la actividad y desarrollo de los distintos PADIs en el panorama nacional: podemos ver que existen situaciones muy distintas entre las diferentes CC.AA, lo que provoca una desigualdad. No reciben la misma atención pacientes de la misma edad por razón de vivir en comunidades diferentes con direcciones políticas diferentes, en donde la implantación de estos servicios ha tenido un desarrollo desigual.

1. Solo algunas comunidades tienen una unidad de gestión de los servicios a cargo de un odontólogo/estomatólogo. Esto, lo que conlleva es que la dirección de los programas no sea el mismo, el aprovechamiento de los servicios no sea la adecuada y que por lo tanto la información resultante de éstos no esté estandarizada, sin poder así comparar comunidades. Según los datos disponibles, las comunidades que cuentan con una unidad gestora específica son las que ofrecen los mejores resultados en implantación de servicios y perfil asistencial.
2. Por lo que se refiere a las prestaciones, las diferencias abarcan todo el abanico posible: unas CCAA tienen una cobertura plena en odontología reparadora -en algunos casos ampliada con legislación propia- mientras que otras apenas cubren el tratamiento de una caries simple en el primer molar.

Además de estas desigualdades, hay que decir que depende de la CCAA en la que nos encontremos, el enfoque de tratamiento al paciente va a ser distinto. Mientras que en algunas comunidades existe un perfil preventivo (intentando que el paciente crezca en salud, con hábitos de vida saludables e instaurando en él una actitud de prevención) en otras el perfil es reparativo, teniendo mucho peso el tratamiento restaurador. (Cortes 2014).

La situación con respecto a la salud bucodental comenzó a cambiar a partir de la aprobación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre que establece la cartera de servicios básicos y comunes del SNS (Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECERTO 1030/2006). El Anexo II, punto 9 de Atención a la salud bucodental dice textualmente lo siguiente:

*"Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y acciones preventivas dirigidas a la atención bucodental.*

*La indicación de esta prestación se realiza por los odontólogos y especialistas en estomatología.*

*La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:*

*9.1 Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.*

*9.2 Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo como tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos óseo-dentarios, heridas y lesiones de la mucosa oral, así como patología aguda de la articulación témporo-mandibular. Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones pre-malignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.*

*9.3 Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas: Incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.*

*9.4 Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes: Aplicación de Flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras.*

*9.5 Se consideran excluidos de la atención bucodental básica los siguientes tratamientos:*

*9.5.1 Tratamiento reparador de la dentición temporal .9.5.2 Tratamientos ortodóncicos 9.5.3 Exodoncias de piezas sanas.9.5.4 Tratamientos con finalidad exclusivamente estética 9.5.6 Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.*

*9.6 En el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención de su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización".*

A partir de la aparición de la crisis económica y financiera del año 2007, se establecieron medidas de control del gasto sanitario. A la reducción de la cartera de servicios, reducción de las sustituciones, cierre parcial de hospitales, etc., se unió la reducción de los planes de salud bucodental infantil.

En los Presupuestos Generales del Estado para el año 2012 se produjo una reducción del 6,8% en Sanidad. La partida fue de 288,96 millones de euros menos que en 2011. Ese descenso afectó a protocolos destinados sobre todo a la prevención y la atención. Entre otras, se suprimieron las cuantías destinadas para el Plan de Salud Bucodental Infantil

(Gaceta Médica 2012).

Un aspecto clave de cualquier política sanitaria es su preocupación por la equidad del sistema sanitario, la cual, de acuerdo con la normativa española, pasa por garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos.

Mientras que la cobertura de los servicios médicos generales es universal y totalmente subsidiada, tradicionalmente en España los servicios de salud oral han sido de carácter limitado y el tratamiento odontológico se ha realizado, en su mayor parte, mediante provisión y financiamiento privado. No obstante en los últimos años y a partir de las iniciativas de algunas CCAA, se han incluido los servicios de atención en salud oral de carácter restaurador para la población infantil, con financiación pública, de los cuales se ocupa este informe.

Por último, es pertinente hacer una referencia a la Resolución del Parlamento Europeo de 8 de marzo de 2011 sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE. Esta resolución concluye considerando que, aparte de los factores genéticos determinantes, la salud está influenciada por los estilos de vida de la población y por su acceso a los servicios sanitarios, incluida la información y la educación en materia de salud, la prevención de enfermedades y su tratamiento; considerando que las categorías socioeconómicas inferiores son más vulnerables hace, entre otras, las siguientes recomendaciones (Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011).

### *Modelos asistenciales financiados por la administración sanitaria:*

Como hemos dicho anteriormente, en España conviven distintos modelos de provisión de servicios bucodentales. Desde el año 2006 quedan definidas de nuevo las prestaciones para la población general y en concreto la atención preventiva en embarazadas y la actitud preventiva y asistencial a la población infanto-juvenil. La ortodoncia y la conservadora en dentición temporal quedan excluidas (Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECERTO 1030/2006).

Como se ha nombrado anteriormente, en nuestro país existen tres modelos asistenciales:

1. Modelo público.
2. Modelo PADI.
3. Modelo mixto.

MODELO PÚBLICO: La cobertura de dicho modelo la prestan odontólogos/estomatólogos asalariados que trabajan en unidades asistenciales públicas de la red de Atención Primaria. Existe dispersión respecto a las prestaciones que ofrece y a la población cubierta según la comunidad. Las comunidades con este modelo son: Asturias, Cantabria, Cataluña, Ciudades de Ceuta y Melilla, Galicia, La Rioja y Comunidad



Valenciana.

### MODELO PADI:

Lo que define a este modelo es:

- Financiación pública.
- Concertación con el sector privado para la provisión de servicios
- Libre elección.
- Para el sector concertado, pago por capitación para la asistencia básica y pago "por acto", a tarifa concertada, para los tratamientos adicionales o especiales (traumatismos y malformaciones).

Se trata de una atención a demanda pero en la que cada unidad asistencial, pública o privada, puede gestionar la revisión anual de los niños y adolescentes para asegurar una atención preventiva de las enfermedades.

Este modelo comenzó en País Vasco y Navarra a comienzos de los años 90.

La principal variación es que el tratamiento endodóntico pasa a ser como un tratamiento adicional o espacial, y por tanto, pasa a ser retribuido por acto: esto ocurre en Canarias, Extremadura, Región de Murcia y Madrid. En todas las comunidades que ofrecen PADI, el mayor peso asistencial recae sobre la red privada concertada. (39).

### MODELO MIXTO:

Este modelo es el que se utiliza en Castilla la Mancha y Castilla y León. De lo que se trata es de una asistencia pública que deriva al sector privado determinados tratamientos. Dentro de éste, las dos Castillas tienen modelos distintos.

Castilla y León: el sector público tiene concierto con el sector privado, con tarifas previamente estipuladas y con una lista de dentistas habilitados. A él se derivan los tratamientos especiales, siempre bajo supervisión del dentista público.

Sin embargo, los dentistas públicos de Castilla La Mancha derivan a los dentistas privados la realización de tratamientos especiales que, posteriormente, son abonados al usuario mediante reintegro de gastos. El paciente puede elegir de manera libre a cualquier dentista, no hay concertación con la red privada.

Los tratamientos especiales en ambas comunidades se refieren a endodoncia, traumatismos y malformaciones.

### *Desigualdades sociales en salud y atención primaria:*

Un estudio transversal con 3.048 pacientes fue llevado a cabo por Villalobos en 2007

(Villalobos-Rodelo 2007). Se utilizó un cuestionario para determinar las variables socioeconómicas y sociodemográficas, y se realizó un examen oral clínico para establecer el estado de higiene oral. El componente de "placa" del índice simplificado de higiene oral (S-OHI) fue el criterio utilizado para determinar el estado de higiene oral en niños. Los datos se analizaron con pruebas no paramétricas y regresión logística multivariable. Como resultados concluyeron que en el modelo multivariado, la edad más joven, el sexo masculino y la frecuencia de cepillado dental más baja ( $P < 0,05$ ) se asociaron con una higiene oral deficiente. Los niños con un mejor estado socioeconómico tenían una mejor higiene oral ( $P < 0,05$ ).

Un artículo publicado en 2008 por Davó et al (MC Davó 2008) pone de manifiesto que los programas de educación para la salud tienen una perspectiva más preventiva de la enfermedad que de promoción de la salud y no son frecuentes en las etapas infantiles y en educación primaria. Concluyeron que el protagonismo del profesorado en el impulso de la promoción de la salud en la escuela es menor que el de las instituciones sanitarias en la implementación y la difusión de los programas.

Otro artículo publicado en 2009 por Regidor et al (Regidor 2009) tenía como objetivo comparar la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante y por la población autóctona. En líneas generales, la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la española la mayoría de los servicios sanitarios. La consulta al médico general y la hospitalización constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una menor diferencia en su frecuentación entre ambas poblaciones, mientras que el médico especialista y los servicios preventivos constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una mayor diferencia.

Un estudio publicado en 2011 por Barriuso Lapresa y Sanz Barbero (Barriuso 2011) tenían como objetivo analizar variables asociadas al uso de los servicios de salud bucodental en el último año por parte de la población de 6 a 15 años de edad residentes en España, analizar si hay variabilidad de el uso de estos servicios entre comunidades autónomas y si ésta podría explicarse por variables relacionadas con el modelo asistencial. Fue un estudio transversal de la Encuesta Nacional de Salud (2006). Las variables independientes de índole individual (sociodemográficas, enfermedad, hábitos y socioeconómica) y conceptual (modelo asistencial y prevalencia de paro en la comunidad autónoma). La muestra quedó constituida por 5.441 individuos.

El porcentaje de niños (6-15 años de edad) que refiere no haber acudido a un servicio de salud bucodental en el último año era alto (39,72%). Las variables individuales asociadas a una mayor probabilidad de utilización son la presencia de enfermedad autorreferida y el hábito saludable de cepillado dental diario. Por el contrario, disminuye en los niños de 13-15 años de edad, en aquellos no españoles provenientes de América Central o del Sur, de Europa del Este, de África, de Asia o de Oceanía al disminuir el nivel socioeconómico familiar en los niños con mayor ingesta de refrescos azucarados. Con respecto a las variables contextuales, la presencia en la comunidad autónoma de un modelo asistencial PADI implantado hace más de 10 años se asocia a una mayor probabilidad de uso. Estos niños tienen un 147% más de probabilidades de uso que los residentes en comunidades autónomas sin modelo PADI. La varianza entre comunidades autónomas en el uso de los

servicios es baja, pero significativa. El 4,8% de esta variabilidad es atribuible a la comunidad. La varianza entre comunidades autónomas se explica casi en su totalidad (83,11%) por las variables incluidas en el modelo.

Las posibles explicaciones respecto a que la frecuentación a los servicios de salud bucodental en su estudio fueron mayores que las obtenidas por otros autores, lo atribuyen a la puesta en marcha de nuevos programas de salud bucodental infantil, la mejora de los existentes, así como el haber restringido el análisis al grupo de edad diana de dichos programas. A pesar del incremento de las prestaciones de salud bucodental infantil en los últimos años, persisten las desigualdades sociales en su uso. Los niños que viven en hogares con nivel socioeconómico bajo tienen una menor probabilidad de utilizarlos, posiblemente por una menor necesidad percibida en la infancia, peores hábitos de salud y desinformación sobre las prestaciones sanitarias singulares de la edad infantil.

En 2012 Barriuso y cols. (Barriuso 2012) publicó un estudio descriptivo transversal, basado en la última Encuesta Nacional de Salud de España (2006) con una muestra representativa de 8.042 sujetos (2-15 años).

Los resultados que obtienen exponen que el 47,35% refiere haber acudido a los servicios dentales en el último año y el 69,09% alguna vez en su vida. El 22,68% se cepilla diariamente los dientes 3 o más veces y el 89,03% refiere ingerir una dieta de riesgo cariogénico. En el grupo escolar (6-15 años) el 29,87% de los hijos de madres universitarias se cepilla los dientes 3 o más veces frente al 25,83 y 20,89% de los de madres con estudios secundarios y hasta primarios respectivamente. Para la ingesta de dieta de riesgo cariogénico los porcentajes son 87,05; 91,11 y 90,44%. En ambos grupos etarios, y exceptuando la ingesta de dulces, existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios maternos y los hábitos saludables.

Concluyen que la prevalencia de estos hábitos saludables se aleja de las recomendaciones: menor uso de servicios y frecuencia de cepillado dental diario y alta ingesta de dieta de riesgo cariogénico. En ambos grupos de edad los resultados son más favorables cuando los estudios maternos son universitarios lo que puede servir para orientar las actividades de promoción de la salud.

En 2012 Hernández-Aguado I y cols (Hernández-Aguado I 2012) publicó que la atención a los determinantes sociales de la salud está unida a la salud pública desde sus comienzos, y la búsqueda de una justicia social efectiva forma parte de sus principios básicos. En los últimos decenios, el estudio de estas causas radicales de los principales problemas de salud de la población se ha incrementado sin cesar. El tesón académico, el activismo de los investigadores y de la sociedad civil, junto a otras acciones, han propiciado y recibido el impulso reciente de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de instituciones como la Unión Europea (UE), y se ha empezado a trabajar en el desarrollo de propuestas de acción y políticas para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

La OMS puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyo informe mundial final, "Subsanar las desigualdades en una generación" (CSDH

2008), publicado en 2008, supuso un hito en la sistematización del abordaje de los determinantes sociales de la salud, y un punto de partida para situar este tema en la agenda internacional. En mayo de 2009, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14, que supone una clara llamada a la acción a los estados miembros para "reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud" (World Health Assembly World Health Assembly resolution 2009).

En la Región Europea de la OMS, una comisión presidida por Michael Marmot desarrolla ahora una revisión sobre los determinantes sociales y la brecha en salud, que pretende informar la nueva política de esa institución (World Health Organization 2010), resumiendo el conocimiento disponible y proponiendo acciones de ámbito nacional, regional y local para ampliar y sistematizar las acciones sobre los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades en salud.

Las iniciativas de varias presidencias de la UE han contribuido en los últimos años a la priorización y el desarrollo de la equidad en salud en la agenda europea. De hecho, la UE cuenta con un grupo de expertos en determinantes sociales y desigualdades en salud cuyo objetivo es facilitar el intercambio de buenas prácticas para disminuir las desigualdades en salud. En octubre de 2009, la Comisión Europea emitió la comunicación «Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE», que supuso un gran impulso hacia el compromiso de los estados miembros con la equidad en salud (European Commission Communication from the commission to the European Parliament. 2009).

En España, desde el campo de la salud pública ha habido una intensa y excelente actividad investigadora sobre las desigualdades sociales en salud, que ha mostrado la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud constatadas tanto por clase social, sexo, etnia o país de origen como por territorio (Borell C 2003, Borrell C 2005, Borrell C 2006) . Las personas de clases sociales desfavorecidas (Regidor E 1996, Borrell C 2004), las de etnia gitana , las que residen en áreas con mayor privación , las mujeres, o más recientemente la población emigrante de países pobres, presentan peores condiciones de vida y de trabajo que se manifiestan en la salud (Parra D 2009, Benach J 1999, Borrell C 2004, Observatorio de Salud de la Mujer, Oliva J 2009, Aerny N 2010).

Las experiencias recientes en algunas comunidades autónomas, como el Plan de Salud del País Vasco (Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco 2010, Esnaola 2009), el nuevo Plan de Salud de Andalucía o la Ley de Barrios de Cataluña, han actuado sinérgicamente y hay ahora un contexto quizás propicio para pasar a la acción de ámbito nacional y avanzar en la equidad en salud (Página web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Apartado de Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud).

El enfoque de determinantes sociales en salud incide sobre el abordaje integral de la salud desde todas las políticas, pero en nuestro contexto parece apropiado, además de abogar por ella con todos los sectores que tienen impacto en la salud de la población, incidir en el sector salud.

En un estudio realizado por Pinilla et al publicado en 2015 (Pinilla 2015) concluyen que, en

comparación con regiones sin PADI, la probabilidad de utilizar los servicios dentales es mayor e independiente del ingreso familiar en aquellas regiones con PADI. En su estudio se demuestra que los niños/as que viven en regiones con PADI, tienen mayor acceso a los servicios de atención dental y, esta condición, ha mejorado con el tiempo. País Vasco y Navarra muestran una prevalencia reducida: mientras que Andalucía, Canarias y Extremadura muestran una prevalencia elevada.

Concluyen que ha habido una reducción de niños que nunca han acudido al dentista en España durante el periodo 1987-2011 (pasamos de un 49,5% de niños que no acuden en 1987 a un 8,4% en 2011). Sin embargo, esta reducción no ha corregido las desigualdades socioeconómicas en el acceso de los niños al dentista en España.

El estudio publicado por Font-Ribera L et al en 2014 (Font-Rivera 2014) tiene como objetivo recopilar y describir los estudios realizados en España sobre desigualdades sociales en salud infantil y adolescente, con especial interés en los determinantes sociales. El 83% son estudios transversales y la edad más estudiada es de los 13 a los 15 años. Se detectan más de 20 determinantes sociales individuales o grupales, y los más analizados son el nivel educativo y la ocupación más favorecida del padre o la madre. En el 38% de los estudios en que se analiza la educación o la ocupación no se indica la definición del determinante. Se detectan desigualdades sociales en salud dental con todos los indicadores y grupos de edad (9% de los estudios con alto riesgo de sesgo), así como en obesidad, actividad física y salud mental por algunos indicadores. Faltan datos específicos en población escolar y preescolar. El uso de servicios sanitarios, excluyendo el dentista, no muestra desigualdades. Hay pocos estudios sobre inmigración y el 42% presentan alto riesgo de sesgo. Conclusión: Se ha detectado una gran diversidad en la medición de los determinantes sociales y una falta de estudios especialmente en edades preescolares y con diseños longitudinales. Se confirman las desigualdades sociales en algunos aspectos de salud.

## 2.3 El PADI:

### 2.3.1 En España:

Denominamos "PADI" al sistema desarrollado por el sector público en los años 90 del siglo XX para regular, asegurar, financiar y proveer asistencia básica dental de calidad a los niños en las edades de erupción y maduración post-eruptiva de la dentición permanente; un modelo organizativo que posibilitó incorporar dicha prestación a nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). La descentralización del Estado, las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CCAA) y la creación de los Servicios de Salud Autonómicos (SSA) propiciaron su desarrollo. Los resultados obtenidos a lo largo de dos décadas lo han consolidado y extendido (Simón 2012).

La ausencia de aseguramiento público de la asistencia dental preventiva y reparadora en el SNS contribuía a que los niños soportaran elevados niveles de caries y originaba

inequidades en salud y en la atención recibida. Por otra parte, en la asistencia privada, predominaban los abordajes mecanicistas y reparadores sin que los enfoques preventivos y de promoción de la salud logaran abrirse camino y generalizarse en la práctica diaria.

Así, en 1988, hace ahora 25 años, en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), el 82% de los niños de 14 años tenían experiencia de caries, un promedio de cuatro piezas afectadas (CAOD=3,98), más de la mitad de ellas sin tratar (IR=38%) (Departamento de Sanidad y Consumo, 1998). La carga de enfermedad dental que soportaban los niños era inaceptable para nuestro nivel de desarrollo, mediatizaría su salud dental como adultos, y afectaba en mayor grado a las clases sociales menos favorecidas.

La implantación del PADI se inició en 1990 con los niños que a lo largo del citado ejercicio cumplían 7 años de edad. Conforme a lo especificado en el decreto, cada año se incorporó una nueva cohorte manteniendo en el sistema las cohortes previamente incluidas. Así, en 1998, tras nueve años de desarrollo incremental, los 170.000 niños de 7 a 15 años de la CAPV tuvieron asegurada la asistencia dental. El desarrollo incremental del PADI a lo largo de nueve ejercicios permitió evaluar su adecuación a la meta de salud propuesta, su aceptabilidad para usuarios y profesionales, introducir mejoras organizativas e ir incrementando, mediante nueva contratación/ concertación de dentistas, su dispositivo asistencial y su dotación económica.

Tras una década de desarrollo del sistema en el País Vasco y Navarra, evaluados sus resultados en la práctica, la Comunidad Autónoma Andaluza, en 2000, y en años sucesivos otras CCAA (Murcia, Extremadura, Baleares, Canarias, Aragón y actualmente Madrid) han ido adoptando el modelo PADI con diversas adaptaciones a sus propias políticas de salud.

Aún habiendo diferencias entre las distintas comunidades autónomas que lo utilizan y las limitaciones de la información dental disponible en el SNS, la evolución de dicho programa permite valorar el proceso que ha sufrido, su impacto (utilización y asistencia dispensada) y resultados.

1. Respecto al proceso de implantación, desarrollo y consolidación del PADI merece señalarse su carácter “periférico”. Fue la descentralización del Estado la que possibilitó, desde CCAA con competencias sanitarias transferidas, el desarrollo de un nuevo modelo de atención dental para hacer frente a una carencia asistencial histórica e impropia del SNS de países avanzados. Quince años después, el RD 1030/2006 reguló la atención dental infantil en el conjunto del SNS. El impulso “central”, mediante subvención económica limitada, se suspendió en 2011.
2. La participación del sector privado en el PADI ha sido esencial para extender la asistencia dental a los niños. Ha dotado al sistema de un amplio cuadro facultativo, que en las CCAA con mayor desarrollo del modelo incluye a la mayoría de las consultas dentales.
3. Los protocolos de asistencia dental a los niños en el PADI han generalizado el uso de procedimientos preventivos como los selladores de fisuras.

4. Los resultados de salud obtenidos en las CCAA con mayor desarrollo del PADI muestran indicadores de salud dental infantil equiparables a los mejores publicados a nivel internacional. Sus índices de restauración están en niveles de los países más avanzados y el gradiente diferencial entre clases sociales en salud y atención recibida se ha reducido notablemente. Los datos del presente informe refuerzan la validez del modelo al respecto.

#### Descripción de los servicios de salud bucodental por comunidades autónomas:

La siguiente información ha sido obtenida del “*Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas 2013*”, con actualizaciones recientes, como es el caso de la Comunidad de Madrid (sistema PADI desde el 2017).

##### **Andalucía:**

Habitantes: 8.411.205.

La asistencia dental se presta bajo el modelo PADI implantado en el año 2002 (DECRETO 281/2001, de 20 de diciembre, de la Comunidad Autónoma de Andalucía y ORDEN de 26 de diciembre de 2007). Se trata de un modelo PADI estándar que incluye prestaciones de ortodoncia en casos de fisura palatina, labio leporino y malformaciones esqueléticas. Su cobertura es de 6 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADA.

El sistema sanitario público de Andalucía contempla también la asistencia dental para personas cuya discapacidad física o síquica aconseje la sedación o anestesia para realizar una exploración o un tratamiento dental, sin límite de edad. Estas prestaciones se dispensan a través de una red de 9 hospitales (Hospital Torrecárdenas de Almería; Hospital Reina Sofía de Córdoba; Hospital Virgen de las Nieves de Granada; Complejo Hospitalario de Jaén; Hospital Regional de Málaga; Hospital Virgen del Rocío y Virgen Macarena de Sevilla; Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva; y Hospital Juan Grande de Jerez (concertado).

La red asistencial ha experimentado un espectacular crecimiento desde el inicio del PADI. La red pública disponía en 2012 de 222 dentistas (118 en 2000) y la privada concertada dispone de 1.243 clínicas concertadas (584 en 2005) con 1.328 dentistas.

La tasa de utilización del programa está estancada casi desde sus inicios en torno al 35%. En 2005 fue del 36% y en 2012 del 33,8% (295.964 niños/as atendidos). El perfil asistencial es claramente preventivo, con una relación de sellados/obturaciones en 2012 de 81.051/66.211. Su última encuesta de salud oral es del año 2006. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 43%; índice CAOD: 1,23; índice de restauración IR: 49,6%.

No existe una unidad de gestión centralizada de los servicios de salud bucodental para toda la Comunidad a cargo de odontólogo/estomatólogo, aunque sí coordinadores en todas las provincias y, en algunas, existe el coordinador a nivel de distrito sanitario, que son dentistas.

Los profesionales del sector público disponen de una guía de gestión de procesos asistenciales que desarrolla de forma pormenorizada los criterios de actuación ante los procesos dentales.

### **Aragón:**

Habitantes: 1.308.563

La asistencia dental se presta bajo el modelo PADI implantado en el año 2005 (ORDEN de 28 de marzo de 2005, el Departamento de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón). Se trata de un modelo PADI estándar en cuanto a prestaciones que ha sufrido recortes en los límites de edad. Inicialmente su cobertura era de 6 a 16 años pero, a partir de 2013, ha quedado limitada de 6 a 13 años salvo para los niños discapacitados; no obstante, los niños de 14 años de edad que hubieran comenzado tratamiento durante ése año, tuvieron derecho a completarlo. Su denominación abreviada es: PABIJ.

El sistema sanitario público de Aragón contempla también la atención a discapacitados entre los 6 y a 16 años cumplidos (antes, sin límite de edad previo informe), que pueden acudir a cualquiera de los dentistas habilitados desde donde son referidos a la Unidad de Atención Bucodental del Hospital San Juan de Dios (Zaragoza) si su discapacidad así lo requiere.

La red asistencial pública dispone de 26 dentistas (en 23 USBD) y 1 hospital para la asistencia a discapacitados. La red privada concertada dispone de 336 clínicas con 325 dentistas concertados.

El gasto del programa durante 2012 fue de 1,9 millones de euros (aprox.) de los cuales 1,2 millones correspondieron al gasto del sector concertado. La tarifa de capitación en 2013 era de 45 euros niño/año.

Dispone de memoria actualizada del año 2012. La tasa de utilización fue entonces del 39,5% (37.876 niños/ as atendidos) y su perfil asistencial (sellados vs obturaciones) fue claramente preventivo, 17.123/10.327. El 93% de la asistencia se presta a través de la red concertada y el resto a través de la pública.

Su última encuesta de salud oral es del año 2004. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS): 31,2%; índice CAOD: 0,65; índice de restauración: 81,8%.

No dispone de una unidad específica de gestión de los servicios de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo. La coordinación del programa se lleva desde la Jefatura de Sección del Servicio de Concursos y Prestaciones, Dirección General de Planificación y Aseguramiento, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia por profesionales no dentistas.



## **Principado de Asturias:**

Habitantes: 1.077.360 (2,28%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. El programa que venía aplicándose desde el año 1997 es revisado y las prestaciones asistenciales actualizadas a partir del año 2010, con la incorporación de los denominados tratamientos complejos (endodoncia, apicoformación, traumatismos y malformaciones) que se realizan en una única Unidad Central (Oviedo) en toda la Comunidad. Cubre de 6 a 14 años y tiene revisiones programadas a los 7, 8, 9, 10, 12 y 14 años. Tiene pendiente de aprobación un Decreto sobre asistencia dental que, al parecer, se pospone. Su denominación abreviada es: PSBD.

El sistema sanitario público del Principado de Asturias ofrece prestaciones para la población con discapacidad intelectual reconocida superior al 33%, que se atienden en la Unidad de Salud Oral para Pacientes Especiales (USOPE) ubicada en el Hospital Monte Naranco de Oviedo (anteriormente en el HUCA). También son atendidos en esta unidad hospitalaria los pacientes médicamente comprometidos.

La red asistencial disponible en 58 Centros de Salud cuenta con 35 dentistas, 25 higienistas y 11 auxiliares. Además, dispone de una 1 Unidad Central para los tratamientos complejos (solo para 7-10 años) ubicada en el Centro de Salud de La Corredoría y de la Unidad de Salud Oral (USOPE) para pacientes especiales que no puedan ser atendidos en las USBD de centro de salud.

El gasto total de la asistencia dental (incluido personal, materiales, mantenimiento, etc. de adultos y niños) durante 2012 fue de 3,24 millones de euros.

La tasa de utilización es del 35,7% (24.080 niños/ as atendidos) y del 47,47% para las revisiones programadas. Su perfil asistencial (sellados vs obturaciones) tiene un componente más preventivo que asistencial: 2.133/1340. Dispone de memoria de actividad actualizada.

Su última encuesta de salud oral es del año 2008. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries (criterio OMS) a los 12 años, 42,7%; índice CAOD: 1,17; índice de restauración: 59,8%.

Existe un coordinador (odontólogo/estomatólogo) de programa dependiente del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas, de la Dirección General de Salud Pública. Dispone de una Guía Clínica para la atención a la salud bucodental.

En el ámbito de la promoción de la salud, realiza actividades para niños de 5 a 12 mediante el proyecto pedagógico “La Conquista de la Boca Sana” en colaboración con la Consejería de Educación y realizado en los centros educativos. La tasa de participación en este programa en 2011 fue de 45% de centros escolares públicos, y llegó al 39% de los escolares.

La Comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

### **Islas Baleares:**

Habitantes: 1.119.439 (2,37%)

La asistencia dental se presta a través de un modelo PADI implantado en el año 2005 (DECRETO 87/2005 de 29 de julio de la Consejería de Salud y Consumo de Illes Balears). Se trata de un PADI estándar que incluye las prestaciones habituales de este modelo. Su cobertura es de 6 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADI

El sistema sanitario público de Illes Balears presta atención a discapacitados que precisan quirófano en el Hospital General y Hospital Son Espases (Palma de Mallorca), teniendo las mismas prestaciones que el resto del colectivo 6-15 años.

La red asistencial pública ha experimentado un significativo aumento en los últimos años y en la actualidad dispone de 18 centros con 23 dentistas, 17 higienistas y 5 auxiliares. La red privada concertada, también en aumento desde el inicio del programa, dispone de 166 clínicas concertadas y 148 dentistas.

El gasto del programa en lo referente al pago por capitación (pago a las clínicas concertadas) fue en 2012 de 1,3 millones de euros. La tarifa de capitación, en ligero aumento desde su inicio en 2005 (40 euros), es en la actualidad de 46 euros niño/año y está congelada desde el año 2012.

La tasa de utilización global en 2012 fue del 32,1% (27.918 niños/as atendidos), aproximadamente en el mismo nivel desde el año 2009 (31,99%); hubo grandes diferencias según la isla, destacando Palma y Formentera con un 40% y 45% respectivamente. No existen otros datos actualizados de actividad asistencial. La última memoria data del año 2009 y su perfil era entonces claramente preventivo, con un mayor número de actos preventivos que restauradores; relación de número de sellados/obturaciones era de 3.994/1.793 actos. La relación de actividad asistencial por sectores en 2009 fue del 82% para el sector privado concertado, y 18% para el público.

Su última encuesta de salud oral data del año 2005. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 34,9%; índice CAOD: 0,89; índice de restauración: 55%. Dispone de un Servicio Dental Comunitario como unidad gestora, dependiente del Ib Salut, con un responsable odontólogo/estomatólogo.

En el ámbito de la promoción de la salud dental, se realizan actividades de educación para la salud en escolares de 6-7 años, en los colegios de todas las islas. La Comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

### **Canarias:**

Habitantes: 2.118.344 (4,48%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI modificado, iniciado en el año 2009, cuando se pone en marcha un nuevo Programa de Salud Oral en Atención Primaria. Las prestaciones son las habituales de un modelo PADI pero la provisión varía ligeramente: las prestaciones básicas -de las que se excluye la endodoncia- las realizan indistintamente los dentistas de la red pública y de la privada concertada, mientras que las prestaciones especiales (endodoncia de cualquier diente, tratamiento por fractura, malformación, re-implante dentario, etc.) las realizan solo los dentistas habilitados del sector privado concertado, por derivación del público. De las prestaciones, se han eliminado los mantenedores de espacio y la exodoncia de dientes supernumerarios no erupcionados. A diferencia de otros PADIS, no dispone de legislación propia. Su cobertura es de 6 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADICAN.

El Programa de Salud Oral en Atención Primaria incluye, además del PADICAN, la asistencia a población de 3 a 5 años con prestaciones preventivas de revisión, aplicación de flúor y educación sanitaria y la asistencia a adultos, incluida una actividad específica de detección de cáncer oral.

La red asistencial pública dispone en la actualidad de 46 unidades asistenciales con 52 dentistas. La red privada concertada dispone de 182 dentistas habilitados. Todas las islas disponen de red asistencial, totalizando 29 municipios con dentista.

El presupuesto de gasto para 2013 fue de 1,3 millones de euros, con un ligero recorte respecto al presupuesto de los años 2009 y 2010 que fue de 1,5 millones de euros. La tarifa de capitación es actualmente de 36 euros niño/año y ha sufrido sucesivos recortes respecto de 2012 (40 euros) y 2009/2011 (45 euros).

La tasa de utilización en 2012 fue del 30,5% (44.344 niños/as atendidos), con un reparto público/privado del 45/55% aprox. El perfil asistencial es claramente preventivo con una relación de sellados/obturaciones de 11.666/8.334. No dispone de memoria publicada actualizada.

Su última encuesta de salud oral es del año 2006. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de

caries a los 12 años (criterio OMS), 51,9%; índice CAOD: 1,51; índice de restauración IR: 37,2%. Debido a la riqueza natural de ión flúor en las aguas de abastecimiento de las islas, los resultados según su concentración sea <1,5ppm o >1,5ppm fueron: prevalencia 52,8%/40%; índice CAOD: 1,56/0,91.

Dispone de un coordinador de programa (estomatólogo/odontólogo) dependiente de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud. Dispone de Guía Clínica para actividades educativas y asistenciales.

En el ámbito de la promoción de la salud bucodental dispone del programa “Cepillín Cepillán” de actividades educativas para niños/as de 3 a 5 años, dependiente de la Dirección de Salud Pública (con el mismo coordinador de la actividad asistencial).

### **Cantabria:**

Población: 593.861 (1,26%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público, por consiguiente sus prestaciones son las amparadas por el RD 1030/2006 de 15 de septiembre, común a todo el Estado. Esta Comunidad ofrecía prestaciones de ortodoncia (desde 1989) cuyas condiciones fueron establecidas en la orden de 3 de octubre de 2001 de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.

No ha sido posible obtener respuesta de las autoridades sanitarias sobre el estado de los servicios de salud bucodental en la Comunidad, por lo que datos ofrecidos han sido obtenidos de otras fuentes, y son incompletos.

En el año 2005 existían dos unidades móviles que realizaban revisiones escolares remitiendo a un centro de referencia a los niños/as con necesidades de tratamiento; según datos extraídos del Instituto de Información Sanitaria del MSC, en el año 2007 solo funcionaba una unidad móvil y la comunidad contaba con 14 dentistas y 2 higienistas como únicos recursos. Entre sus prestaciones no figuraba en 2007 el tratamiento restaurador de caries.

No dispone de una unidad de gestión específica de los servicios de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo.

En el ámbito de la promoción de la salud no se dispone de datos. La Comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

### **Castilla la Mancha:**

Habitantes: 2.121.888 (4,49%)

La asistencia dental se presta bajo el denominado modelo “mixto” público/privado desde el año 2005; en este modelo la provisión se realiza a través de los centros públicos de Atención Primaria y se derivan al sector privado los pacientes que requieren alguno de los denominados tratamientos especiales (DECRETO 273/2004, de 9 de noviembre de la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha). Su cobertura es de 6 a 15 años. No hay concertación con la red privada y el pago de estos servicios se realiza mediante reintegro de gastos. Los tratamientos básicos, que realizan únicamente los dentistas de la red pública, incluyen los habituales pero limita las obturaciones a los molares y solo “... a caries limitada a esmalte o con mínima afectación de dentina”. Los tratamientos denominados especiales, que son realizados exclusivamente por dentistas en clínicas privadas incluyen: endodoncia de cualquier diente, tratamientos por traumatismo, malformación, etc. y se realizan siempre bajo prescripción del dentista público. La asistencia a cualquier dentista de la red privada es libre. También ofrece las mismas prestaciones para personas con discapacidad, sin límite de edad (DECRETO 34/2006, de 28 de marzo), y tratamiento de ortodoncia para niños/as con discapacidad que incidan en la extensión o gravedad de su

patología oral y para casos de fisura palatina, labio leporino o malformación esquelética grave.

La red (pública) ha experimentado un significativo aumento en los últimos años y dispone en la actualidad de 126 unidades asistenciales con 78 dentistas (43 en 2005) y 78 higienistas. No ha sido posible obtener información sobre presupuesto de gasto.

No dispone de memoria de actividad publicada. Se desconoce la tasa de utilización aunque sí el número de niños/as atendidos en 2012 que fue de 10.104 (7 años), 5.136 (12 años) y 52.787 (=>14 años). Su perfil asistencial es claramente restaurador con una relación de sellados/ obturaciones de 2/3 (datos sin confirmar por parte de la Consejería)).

Su última encuesta de salud oral es del año 2004. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 40,8%; índice CAOD: 1,09; índice de restauración IR: 49,5%.

No existe unidad gestora específica de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo. No ha sido posible obtener información sobre el servicio que tiene a su cargo la coordinación del programa.

En el ámbito de la promoción de la salud bucodental, no se dispone de datos. Se desconoce si realizan revisiones escolares. No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

### **Castilla Y León:**

Habitantes: 2.546.078 (5,39%) La asistencia dental se presta bajo el denominado modelo “mixto” público/privado desde el año 2004. Según este modelo la provisión se realiza a través de los centros públicos de Atención Primaria y se derivan al sector privado concertado los pacientes que requieren alguno de los denominados tratamientos especiales (DECRETO 142/2003 de 16 de diciembre). A diferencia de su comunidad homónima de Castilla La Mancha, aquí sí hay concertación con el sector privado y la asistencia que presta es remunerada por acto médico, a tarifa pactada. Su cobertura es de 6 a 14 años. El sistema ha sufrido recortes y a partir del año 2012 se restringe la derivación de tratamientos especiales al sector concertado y se suple con recursos propios; a partir de 2013 se plantean restricciones en las prestaciones y centros de derivación de las personas discapacitadas. Su catálogo de prestaciones también contempla a las personas mayores de 75 años, dirigido al diagnóstico y especialmente al cáncer oral.

La red pública cuenta con 76 dentistas (62 en 2005), 60 higienistas, 5 enfermeras y 16 auxiliares repartidos en 97 Unidades de Salud Bucodental. La red privada concertada dispone de 394 dentistas, frente a los 291 del año 2005.

Durante el año 2013 se gastaron 186.645 euros en tratamientos especiales (364.115 en 2011). No ha sido posible obtener información del coste global del programa.

No existe memoria de actividad específica. Los datos parciales que disponemos indican que en el año 2013 habían sido revisados el 82,6% de los niños/as de 7 años (16.191 niños/as) y el 69,6% de 12 años (13.944 niños/as); según estos datos parciales, su perfil de actividad parece preventivo habiendo recibido sellador el 21,3% de los niños/as de 7 años, frente a al 8,8% de 12 años que han recibido obturación.

Su última encuesta de salud oral data del año 2000. Sus datos arrojan el siguiente resultado: prevalencia de caries a los 12 años (criterio similar a OMS), 27,3%; índice CAOD: 1,05; índice de restauración: 48,6%.

No existe una unidad de gestión específica de los servicios de salud bucodental a cargo de odontólogo/ estomatólogo; la gestión depende de la Gerencia de Atención Primaria.

En el campo de la promoción de la salud bucodental, se realizan revisiones escolares, hay programa de enjuagues fluorados y actividades de educación para la salud, con material editado al respecto para 6 a 12 años. No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

### **Cataluña:**

Habitantes: 7.570.908 (16,02%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. No tiene legislación propia por lo que sus prestaciones quedan amparadas por el RD 1030/2006, común a todo el Estado. No ha sido posible obtener respuesta de las autoridades sanitarias sobre el estado de los servicios de salud bucodental en la comunidad. Los únicos datos que ha sido posible recabar, por cauces paralelos y a título particular, se limitan a que no existe un responsable de programa, que las prestaciones de odontología restauradora no se hacen de forma generalizada si no según zonas, y que existe algún centro hospitalario de referencia para la derivación de tratamientos de endodoncia y obturación. No ha sido posible conseguir datos sobre recursos humanos ni sobre presupuesto de gasto.

Su última encuesta de salud oral data del año 2006. Sus datos arrojan el siguiente resultado: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS modificado), 45,8%; índice CAOD: 0,73; índice de restauración: 52,5%.

El programa de enjuagues fluorados al parecer sigue funcionando con mono-dosis y ha sido reducido para solo los escolares de 1o de Educación Primaria. La participación se cifra (no medida) por debajo del 40%.

En el año 2004 fue interrumpida la fluoración de aguas de abastecimiento público de la localidades de Girona, Salt y Sarriá de Ter. La comunidad no dispone actualmente de ninguna planta de fluoración en activo.

### **Ceuta y Melilla:**

*Población Ceuta: 84.018 (0,18%); Población Melilla: 80.802 (0,17%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público y está amparada por el RD 1030/2006, común a todo el Estado. La asistencia sanitaria en estas ciudades está gestionada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que, a partir del año 2002, tomó la gestión de derechos y obligaciones el antiguo INSALUD.

Los servicios efectivos que se prestan comprenden revisiones escolares, fluorizaciones, sellados de fisura de 7 a 14 años y obturaciones clase I para niños de 7 años.

Según la Memoria INGESA 2010 la cobertura del así denominado Programa de Prevención de Caries fue del 42,2% (7.505 niños/as revisados/atendidos).

Existe una Unidad de SBD en cada ciudad. Los recursos humanos se distribuyen de la siguiente manera:

- Ceuta: 2 dentistas que atienden 3 centros de salud
- Melilla: 2 dentistas que atienden 1 centro de salud dotado con 2 gabinetes

### **Galicia:**

Habitantes: 2.781.498 (5,88%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. No ha sido posible obtener toda la información requerida de prestaciones y actividades asistenciales por parte de las autoridades sanitarias. La información disponible es solo parcial.

Según esos datos, en el año 2002 se pone en marcha el Programa de Salud Bucodental en Atención Primaria que contempla únicamente acciones de captación, diagnóstico y actividades preventivas. Las prestaciones se amplían a tratamiento de caries pero solo cubre la obturación de caries oclusales en primeros molares, y únicamente de niños de 8 a 12 años; a partir del año 2008 se amplía hasta los 14 años.

El sistema sanitario público de Galicia ofrece prestaciones de odontología para discapacitados físicos y síquicos y pacientes oncológicos sometidos a quimio y radioterapia. Para ello dispone de una Unidad de Pacientes Especiales en la Facultad de Medicina y Odontología de Santiago de Compostela y la U.C.A del Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo.

La red asistencial contaba hacia el año 2008 con 91 Unidades de Salud Bucodental con una plantilla de 122 profesionales.

No hay disponibles datos de actividad asistencial ni de gasto en salud bucodental, salvo que

la media de pacientes atendidos en las unidades asistenciales es de 16 personas/día. No publica memoria anual de actividades.

Su última encuesta de salud oral es del año 2010. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 33,3%; índice CAOD: 0,72; índice de restauración IR: 81,9%.

No dispone de una unidad de gestión específica de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo. En el ámbito de la promoción de la salud cuenta con el programa de educación para la salud denominado “Sen carie” dependiente de la Dirección General de Salud Pública. A partir del año 2005 se suspende el programa de enjuagues fluorados. Dispone de legislación sobre fluoración de aguas de consumo público, vigente desde el año 1990, pero fue derogada en el año 2012 (DECRETO 134/2012, de 31 de mayo) sin que llegara a ponerse en marcha ninguna planta de fluoración.

### **Madrid:**

Habitantes: 6.498.560 (13,75%)

En Abril del 2017 se firmó un convenio de colaboración entre el servicio madrileño de salud y el colegio oficial de odontólogos y estomatólogos de la primera región para la asistencia sanitaria en materia de salud bucodental a población infantil de 6 a 16 años y a as personas con discapacidad que presenten sin limite de edad, alguna de las condiciones clínicas incluidas en el Programa de Asistencia Dental Infantil en la comunidad de Madrid. La población total estimada se eleva a 680.000 personas. (Convenio de colaboración comunidad de Madrid 2017)

La red pública asistencial ha aumentado en los últimos años y actualmente está formada por 83 unidades asistenciales con un total de 122 dentistas, 92 higienistas, 7 enfermeras y 26 auxiliares.

Los únicos datos de actividad disponibles son los relativos a revisiones en el año 2012: 27,8% de los niños/ as de la comunidad (174.370); niños/as a los que se ha realizado obturación: 24.350, tartrectomía: 14.918. En el año 2013 se ha puesto en marcha una nueva aplicación de Historia Clínica Odontológica en las USBD que permitirá en el futuro disponer de tasas anuales de actividad.

Su última encuesta epidemiológica de salud oral es del año 1992. No dispone de datos actualizados propios de la comunidad.

No existe unidad gestora específica de servicios de salud bucodental con odontólogo/estomatólogo como responsable. La coordinación se lleva desde la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

En el ámbito de la promoción de la salud se da educación sanitaria y adiestramiento en higiene en los propios centros de salud. No se realizan enjuagues fluorados en las escuelas de forma sistemática.



La comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

### **Murcia:**

Habitantes: 1.474.449 (3,12%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI modificado, iniciado en el año 2003 que en los últimos años ha sufrido recortes importantes. Su cobertura era inicialmente de 6 a 14 años (Orden de 27 de diciembre de 2002 y Orden de 13 de julio de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia) pero a partir del año 2013 se ha visto reducida a los niños/as de 6 a 8 años, manteniendo la cobertura de 6 a 14 años solo para discapacitados (Orden de 6 de julio de 2012). Las prestaciones contienen importantes variaciones respecto de un modelo PADI estándar; las prestaciones básicas (pagadas por capitación) incluyen solo la obturación de molares; los tratamientos de endodoncia, así como tratamientos por traumatismo, etc. son prestaciones especiales (pagadas por acto médico). También ha sido eliminada la prestación de obturación por caries de incisivos, caninos y premolares. Sin embargo, las prestaciones para niños/as discapacitados incluyen la atención a la dentición temporal (no en sistema capitación). Otro elemento diferenciador es que la gestión del programa se lleva desde el Colegio Oficial de Dentistas de Murcia mediante convenio con el Servicio Murciano de Salud. Su denominación abreviada es: PSBI. La Dirección General de Salud Pública es la responsable de la planificación, coordinación, seguimiento y evaluación.

La red asistencial pública consta de 39 Unidades de Salud Bucodental con 28 dentistas y 39 higienistas; la red asistencial privada concertada consta de 586 clínicas dentales con 498 dentistas habilitados. Los tratamientos a niños/as discapacitados se realizan en hospitales privados concertados.

La tasa de utilización del programa en 2012 fue del 52,6% (77.131 niños/as atendidos). Su perfil asistencial global es claramente restaurador con 11.726 obturaciones realizadas frente a 7.171 sellados. El 87,5% de la asistencia la presta el sector privado frente al 12,5% del público. La última encuesta de salud oral es del año 1997. No dispone de datos epidemiológicos actualizados.

El gasto total en 2011, incluidas todo tipo de prestaciones, fue de 4,5 millones de euros, de los cuales 4,4 millones corresponden al sector privado concertado. La tarifa de capitación es única y ha sido recortada sucesivamente desde los 51,30 euros niño/año iniciales, a los 39,90 euros en 2013. Las tarifas concertadas de pago por acto de los tratamientos especiales han sufrido un recorte del 20% en el año 2013.

La gestión del programa se lleva desde el Colegio Oficial de Dentistas. El programa ha sido competencia de la Dirección General de Salud Pública y, a partir de 2013, ha pasado a depender de la Subdirección General de Asistencia Primaria del Servicio Murciano de Salud; no dispone de un coordinador odontólogo/estomatólogo. El programa cuenta con un protocolo asistencial a disposición de los dentistas.

En el ámbito de la promoción de la salud dispone de un Programa de Educación para la

Salud dependiente de la Dirección General de Salud Pública de cuyo ámbito no es posible ofrecer información. En el año 2005 existían plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público en dos localidades: Lorca y Letur. En la actualidad el servicio se encuentra interrumpido.

### **Navarra:**

Habitantes: 644.566 (1,36%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI implantado en el año 1991 (Decreto Foral 58/1991, de 7 de febrero del Departamento de Salud). Se trata de un modelo PADI estándar en prestaciones y cobertura de 6 a 15 años que posteriormente fue ampliado en cobertura hasta los 18 años (Decreto Foral 69/2003, de 7 de abril). A partir del año 2012 sufre un recorte en las edades cubiertas para quedar en la cobertura inicial de 6 a 15 años (Decreto Foral 249/2011, de 28 de diciembre), que es la actualmente vigente. Su denominación abreviada es: PADI.

El sistema sanitario público de Navarra contempla la atención dental a personas con una discapacidad superior al 75% y que posean la calificación de “alto riesgo de caries”. Sus prestaciones son las del régimen general de adultos más tratamiento de caries (incluida la endodoncia) y los limpiezas. La atención se presta a través de los centros públicos y de los privados (con reintegro de gastos) y si es preciso la sedación o la anestesia general, en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona (centro hospitalario concertado).

La red pública dispone de 3 centros donde se dispensa atención PADI que cuentan con 4 dentistas, 5 auxiliares y 1 higienista. La red privada concertada dispone de 193 clínicas concertadas con 238 dentistas habilitados. Ambas redes están repartidas en 48 municipios de la provincia. El número de dentistas habilitados va en constante aumento desde los inicios del programa.

El presupuesto de gasto total (público y concertado) en 2012 fue de 2,58 millones de euros. Existen dos tarifas de capitación según tramos de edad; de 6 a 10 años es de 49,2 euros niño/año y de 11 a 15 es de 54,67 euros. Las tarifas están congeladas desde el año 2011.

La Unidad de Salud Bucodental, órgano gestor, publica cada año una memoria de actividad. La tasa de utilización en 2012 fue del 70,05% (45.463 niños/as atendidos). El perfil asistencial es claramente preventivo con una relación de sellados/obturados de 11.274/9.820. El 97% de la atención la presta el sector concertado frente a un 3% del público.

Su última encuesta de salud oral es del año 2007. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS modificado), 28,5%; índice CAOD: 0,63; índice de restauración IR: 68,9%.

Dispone de una unidad de gestión de salud bucodental integrada en la estructura de Atención Primaria con un gestor odontólogo/estomatólogo. En el ámbito de la promoción de la salud se realizan actividades escolares de enjuagues fluorados. Durante el curso 2012-

13 han participado 74 centros escolares que suponen el 33% de los colegios de educación primaria existentes en Navarra , una cifra similar a la de años anteriores. En estos mismos centros escolares se trabaja en el fomento del cepillado dental (en comedores escolares). No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

### **La Rioja:**

Habitantes: 323.609 (0,68%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo público. No tiene legislación propia y por tanto sus prestaciones son las amparadas por el RD 1030/2006 como en el resto del Estado. Su cobertura es de 6 a 15 años. No se realizan tratamientos de endodoncia. El sistema funciona mediante revisiones escolares en determinados cursos que son posteriormente derivados a los centros de salud. Los cursos en los que se hacen revisiones escolares son: 1o, 3o y 5o de EP y 1o y 3o de ESO.

No constan prestaciones adicionales sobre las amparadas por el Estado.

La red pública cuenta con 6 unidades asistenciales, con un total de 6 dentistas y 6 higienistas.

No ha sido facilitado el presupuesto de gasto de la atención dental.

Los datos que disponemos sobre actividad asistencial son parciales. La tasa de cobertura en 2012-13 está en torno al 51% (15.819 niños/as explorados sobre un total de 31.183 escolares) de los cuales el 27,9% han sido tratados (4.421 niños/ que han recibido tratamiento). El perfil asistencial es claramente preventivo con 10.001 sellados realizados frente a 1.618 obturaciones.

No consta ninguna encuesta epidemiológica de salud oral reciente. De la tablas de actividad de las revisiones escolares se infiere que los escolares de 12 años que son derivados al centro de salud por caries (criterio no estandarizado) es del 27% y el índice CAOD de estos escolares, 1,34.

No existe una unidad específica de gestión de los servicios de salud bucodental al cargo de odontólogo/ estomatólogo.

En el ámbito de la promoción de la salud, existen actividades de educación para la salud en la escuela de cuyo alcance no disponemos de datos, y revisiones escolares. No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

### **Comunidad Valenciana:**

Habitantes: 5.129.266 (10,85%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público implantado en el año 2008 en virtud del convenio con el Ministerio de Sanidad y Consumo, momento en el que comienzan las prestaciones de odontología restauradora que cubren de 7 a 14 años. Sin embargo, cuenta con programa de promoción de la salud bucodental que incluye revisiones escolares y actividades preventivas de 0 a 14 años. No tiene legislación propia y por tanto sus prestaciones son las amparadas por el Real Decreto 1030/2006 común a todo el Estado. Su denominación abreviada: PSBDI.

El sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana ofrece atención dental a personas con discapacidad física y psíquica severa a través de los centros hospitalarios Hotel Dr. Peset (Valencia), Hospital San Juan (Alicante) y Hospital Provincial (Castellón); las personas institucionalizadas en centros dependientes de la Consejería de Bienestar Social reciben atención dental en el Hospital General de Valencia. Sus prestaciones no están especificadas.

La red asistencial pública cuenta con 53 unidades asistenciales (124 sillones) repartidas en 24 Departamentos de salud con un total de 67 dentistas y 71 higienistas.

Sobre su presupuesto de gasto, no ha sido posible obtener información de las autoridades sanitarias.

La última memoria de actividad publicada es del año 2011 y se refiere al conjunto de actividades de promoción de la salud y no tanto a la atención dental para tratamiento. Estas actividades incluyen educación para salud y enjuagues fluorados en Educación Primaria y revisiones escolares en el último ciclo de Educación Infantil (EI). La tasa de participación de los centros escolares fue del 54% alcanzando al 52% de los alumnos. La revisión bucal a escolares de 3o de Educación Infantil tuvo una tasa de participación del 78,7% (38.097 niños/ as revisados). Las unidades odontológicas atendieron en 2011 a un total de 228.761 niños y niñas con una fuerte carga de actividades de promoción de la salud y preventivas: control de placa, control de dieta, aplicaciones de flúor y sellados. La memoria no incluye datos de tratamientos restauradores y señala que existe una gran variabilidad de los perfiles de actividad según los diversos departamentos de salud de la comunidad.

Su última encuesta de salud oral es del año 2010. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio ICDAS), 37,7%; índice CAOD (suma de códigos ICDAS 3+4+5):0,83; índice de restauración IR: 57,6%.

No existe una unidad de gestión específica de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo. La coordinación del programa PSBD se lleva desde Salud Infantil y de la Mujer, perteneciente a la Dirección General de Salud Pública.

En el ámbito de la promoción de la salud bucodental se llevan a cabo las actividades descritas más arriba. La Comunidad no cuenta con plantas de fluoración de agua de abastecimiento público.

### **País Vasco:**

Habitantes: 2.193.093 (4,64%)

La asistencia dental infantil se presta bajo un modelo PADI implantado en el año 1990 (Decreto 118/1990, de 24 de abril del Departamento de Sanidad y Consumo). Se trata de un modelo PADI estándar (el primero en implantarse) en cuanto a prestaciones y coberturas que hasta el momento no ha sufrido recorte alguno. Su cobertura es de 7 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADI.

El sistema sanitario público del País Vasco contempla también la atención dental a personas con discapacidad intelectual. Las prestaciones aseguradas a los niños con discapacidad intelectual son las preventivas y reparadoras del PADI; para el resto de edades se garantiza las médico-quirúrgicas de la población general con las adaptaciones necesarias a su condición. La asistencia se realiza en hospitales de Osakidetza y concertados.

La red asistencial pública cuenta con 41 dentistas y 41 auxiliares que desarrollan su actividad (Odontología y PADI) en 41 consultas de Atención Primaria. La red concertada del PADI dispone de 978 clínicas con 927 dentistas colegiados. Los recursos humanos y materiales de la red pública se mantienen estabilizados en número desde 1990; la red concertada del PADI ha multiplicado sus efectivos tras sucesivos procesos quinquenales de contratación, desde los 60 profesionales iniciales a los 927 actuales.

El gasto consolidado en 2012 de pago a los dentistas concertados fue de 4,63 millones de euros, de los cuales el 97,2% corresponden al pago por capitación o asistencia general, y el 2,8% al pago por acto en concepto de asistencia adicional (malformaciones, traumatismos). Existen dos tarifas de capitación según tramos de edad; de 7 a 11 años es de 39,88 euros niño/año y de 12 a 15 es de 45,49 euros. Las tarifas están congeladas desde el año 2009.

El Servicio Dental Comunitario de Osakidetza publica cada año una memoria de actividad del PADI. La tasa de utilización anual en 2012 fue del 65,9% (115.008 niños/as atendidos) y se mantiene estable durante la última década. El perfil asistencial es claramente preventivo con un predominio de los sellados frente a las obturaciones en los niños de menor edad; en 2012, en el conjunto de todas las edades la relación sellador/obturación fue de 25.410/21.402.

Su última encuesta de salud oral es del año 2008. Sus datos arrojan el siguiente resultado: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 26%; índice CAOD: 0,52; índice de restauración IR: 75%.

Dispone de un Servicio Dental Comunitario con un responsable odontólogo/estomatólogo en la Organización Central de Osakidetza y tres unidades administrativas SDC (una por provincia) con personal administrativo y un odontólogo/estomatólogo en cada unidad.

El País Vasco cuenta con 9 plantas de fluoración de agua de abastecimiento público que suministran agua fluorada al 78% de la población (1.624.072 hab.). Las plantas están situadas en: Álava, 1; Guipúzcoa: 4; Vizcaya: 4.

### 2.3.2 En Extremadura:

Habitantes: 1.079.224 (2,34%)

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI modificado implantado en el año 2004 (DECRETO 195/2004, de 29 de diciembre de la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura). Se trata de un modelo PADI con variaciones: el decreto habla de obturaciones solo para molares aunque en la práctica cubre a todas las piezas, los tratamientos de endodoncia no se incluyen en la capitación y son considerados tratamientos especiales (retribuidos por acto médico), y en los tratamientos por traumatismo no se considera la restauración protésica. Su cobertura es de 6 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADIEx.

El sistema sanitario público de Extremadura cuenta como prestaciones adicionales, además de la atención a personas discapacitadas, la atención a pacientes médicamente comprometidos y radiados de cabeza y cuello. Para atender a esta población dispone de 8 unidades ambulatorias atendidas por dos equipos solo dedicados a estas labores y 1 hospitalaria (Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz).

La red asistencial pública dispone de 52 unidades asistenciales con 38 dentistas, 27 higienistas y 5 auxiliares. La red privada concertada dispone de 141 dentistas habilitados en 164 clínicas concertadas.

El presupuesto de gasto del programa en 2012 fue de 2 millones de euros. La tarifa de capitación es única, comenzó con 50 euros y actualmente es de 45 euros niño/año.

La tasa de utilización en 2012 fue del 66% (54.645 niños/as atendidos). No ha sido posible conseguir más datos sobre actividad asistencial del programa. No dispone de memoria de actividad publicada.

Su última encuesta epidemiológica de salud oral data del año 2002. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 50%; índice CAOD: 1,31; índice de restauración IR: 36%.

Dispone de una unidad técnica de gestión denominada Oficina del Plan Dental adscrita a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, cuyo director es odontólogo/estomatólogo y que coordina todas las actuaciones en salud bucodental que desarrolla el Servicio de Salud

En el ámbito de la promoción de la salud se realizan actividades desde los centros de salud, fundamentalmente a través de los higienistas dentales y dirigidas a la población escolar. Desde el año 1989 dispone de un decreto de fluoración de aguas potables de consumo público (DECRETO 30, de 11 de abril de 1989) Hasta la fecha, únicamente la ciudad de Badajoz (155.000 habitantes) dispone de este servicio.

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS





Consideramos que la implantación de los Programas de Atención dental Infantil en España han aportado una mejora incuestionable en la salud oral de nuestros niños. Sin embargo, consideramos que su cumplimiento puede que muestre desigualdades (entre ambiente rural, suburbano y urbano y respecto a otras Comunidades Autónomas), cuyo estudio proporciona las herramientas para su mejora.

### 3.1 General:

El presente trabajo tiene un doble objetivo. Primero: recopilar y presentar la información producida por la actividad del Programa de Asistencia Dental Infantil en Extremadura desde el 2010 hasta el 2015. Segundo: analizar, desde la información de estos años, la situación actual del sistema y avanzar líneas para su mejora en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

### 3.2 Específicos:

- Estudiar la cobertura del PADI en Extremadura según: la utilización de la red asistencial (pública o privada) y emplazamiento de residencia de los pacientes (rural, urbano o suburbano).
- Analizar el coste de la asistencia concertada por ejercicio del PADIex y según emplazamiento de residencia del pacientes.
- Analizar la asistencia general y adicional dispensada en el PADIex según emplazamiento y año de ejercicio.
- Estudiar la asistencia general y adicional dispensada por la red asistencial, pública y privada, por cada ejercicio del programa.
- Analizar la asistencia dental general y adicional en el PADIex según la edad de los pacientes y el año de ejercicio.



## MATERIAL Y MÉTODOS



## Material:

En primer lugar, para comenzar la elaboración del presente estudio, se firmó un documento de confidencialidad con el Servicio Extremeño de Salud en Marzo de 2016 (ANEXO 1). En Septiembre del 2017 recibimos respuesta por parte del Comité de Ética del hospital San Carlos de Madrid, dándonos su aprobación para proceder a la elaboración del estudio (ANEXO 2). La recopilación de bases de datos del Programa de Asistencia Dental infantil y de documentación relevante se obtuvo mediante:

1. Sección de proyectos informáticos, subdirección de sistemas de salud del Servicio Extremeño de Salud.
2. Oficina del Plan Dental Infantil del Servicio Extremeño de Salud.
3. Instituto de Estadística de la Comunidad Autónoma de Extremadura (INEE).

Esta recopilación se realizó durante el curso 2016-2017. Su limpieza, depuración y organización se llevó a cabo durante el curso 2017-2018.

Comenzamos por la organización de los municipios de la Comunidad de Extremadura. Éstos se clasificaron en rurales, urbanos o suburbanos según el número de habitantes. Rurales para aquellos núcleos con hasta 3000 habitantes; suburbanos para aquellos que tienen entre 3000 y 5000 habitantes; y por último, urbanos, para los que tienen más de 5000 habitantes. Según esta distribución, en Extremadura tenemos:

- Badajoz: 122 municipios de ámbito rural; 34 de ámbito suburbano y 9 núcleos urbanos.
- Cáceres: 205 municipios de ámbito rural; 13 de ámbito suburbano y 4 núcleos urbanos.

<b>TABLA 5</b>		
<b>NUMERO HABITANTES</b>	<b>NUMERO DE MUNICIPIOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>0-3000 HABITANTES</b>	122	
<b>3000-10000 HABITANTES</b>	34	
<b>&gt;10000 HABITANTES</b>	9	
		165

TABLA 5. Datos recogidos del Instituto de Estadística de Extremadura (IEEX) a partir de datos facilitados por el INE. Provincia de Badajoz. AÑO 2016 (en el año 2017 no disponen de las totalidades).

<b>TABLA 6</b>		
<b>NUMERO HABITANTES</b>	<b>NUMERO DE MUNICIPIOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>0-3000 HABITANTES</b>	205	
<b>3000-10000</b>	13	
<b>&gt;10000</b>	4	
		222

TABLA 6. Datos recogidos del Instituto de Estadística de Extremadura (IEEX) a partir de datos facilitados por el INE. Provincia de Cáceres. AÑO 2016 (en el año 2017 no disponen de las totalidades).

Por tanto, podemos ver como en Extremadura predomina la población rural.

Nos parece muy interesante la organización de los municipios según el emplazamiento de los pacientes, ya que no es lo mismo el perfil de pacientes de poblaciones urbanas, donde se asocia un nivel sociocultural más elevado y por tanto una mejor higiene bucodental, que asistir a pacientes del medio rural, que atienden a un perfil de paciente posiblemente con una menor necesidad percibida en la infancia, peores hábitos de salud y desinformación sobre las prestaciones sanitarias singulares de la edad infantil.

Municipios en la Comunidad de Extremadura: clasificación por códigos postales, número de habitantes y provincia (Badajoz y Cáceres):

Una vez recopiladas las BB.DD a través del servicio informático, se realizó una búsqueda exhaustiva municipio por municipio: de su localización, número de habitantes (clasificación del núcleo) y código postal (ANEXO 3).

El PADI comienza en Extremadura el 2004, pero la digitalización de datos es a partir de 2009. Nosotros nos centraremos desde el 2010 hasta el 2015 inclusive.

En el año 2004 comienzan a ser tratados los niños que en ese año cumplan 6 años de edad, y dichos niños tendrán cobertura de asistencia dental infantil hasta el año en que cumplan los 15 años.

De esta manera, la organización de edades para los años de ejercicio que nosotros vamos a estudiar será el siguiente (Tabla 7):

AÑO ESTUDIADO	EDADES INCLUIDAS EN EL PADI
2010	NIÑOS CON EDADES DE: 6,7,8,9,10,11 Y 12 AÑOS
2011	NIÑOS CON EDADES DE: 6,7,8,9,10,11, 12 Y 13 AÑOS
2012	NIÑOS CON EDADES DE: 6,7,8,9,10,11,12, 13 Y 14 AÑOS
2013	NIÑOS CON EDADES DE: 6,7,8,9,10,11,12,13, 14 Y 15 AÑOS
2014	NIÑOS CON EDADES DE: 6,7,8,9,10,11,12,13,14 Y 15 AÑOS
2015	NIÑOS CON EDADES DE: 6,7,8,9,10,11,12,13,14 Y 15 AÑOS

TABLA 7.

La idea de que el programa se implantará de forma incremental es poder dar asistencia bucodental sostenible y de manera sólida en los posteriores años, ya que si desde un

principio se hubiesen incluido todos los niños y niñas de la Comunidad extremeña de 6 a 15 años inclusive, no sería viable ni sostenible en el tiempo por el capital disponible.

Cada niño incluido en el programa tiene asignado un dentista de cabecera que será responsable de su salud bucodental y que le realizará una revisión anual de estado de su salud oral. Esta revisión anual tendrá como mínimo una exploración detallada de todos los dientes y en caso de necesidad una exploración radiológica intraoral, recomendaciones al niño y a sus padres sobre hábitos dietéticos saludables, higiene bucodental, etc...

Los tratamientos asistenciales básicos (que cubre el programa) siguiendo un protocolo asistencial en función de la patología a tratar:

- Sellado de fisuras de primeros y segundos molares permanentes.
- Fluoración tópica.
- Obturación de dientes permanentes.
- Extracción de piezas temporales y permanentes.
- Extracción de supernumerarios erupcionados.
- Tartrectomías.
- Educación dental.
- Radiografías

Los tratamientos asistenciales especiales relacionados con los trastornos del grupo incisivo-canino, en los supuestos de lesión traumática, salvo que existan terceros obligados a pago:

- Ferulización de grupo anterior.
- Reconstrucción.
- Gran reconstrucción.
- Perno prefabricado intrarradicular.
- Reimplante dentario.
- Sutura de tejidos blandos.
- Tratamiento pulpar de piezas permanentes, que incluye apicoformación, recubrimiento culpár directo y endodoncia.

Tratamiento urgente: el menor tiene derecho, dentro de la jornada laboral establecida, a atención urgente. Si la urgencia afecta a piezas dentales permanentes se utilizarán los medios que el profesional estime oportuno, debiendo aplicar, si procede, el tratamiento asistencial básico que corresponda o, en su caso, el tratamiento especial requerido en eventos de naturaleza traumática y justificada urgencia. En este último caso será emitido informe del profesional responsable que justifique la necesidad y urgencia del tratamiento realizado, el cual se remitirá a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud. Si la urgencia afecta a la dentición temporal (dientes “de leche”), se prestará un tratamiento exclusivamente paliativo a base de terapia farmacológica o la extracción de la pieza afectada.

El pago por capitación al dentista privado concertado ha variado con los años (información facilitada por la Oficina del Plan Dental Infantil) (Tabla 8):

AÑO ESTUDIADO	IMPORTE PAGADO POR CAPITACIÓN
2010	50 EUROS
2011	50 EUROS
2012	50 EUROS
2013	45 EUROS
2014	45 EUROS
2015	42 EUROS

**TABLA 8.**

El Decreto 195/2004, de 29 de diciembre, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura establece los criterios esenciales de actuación que deben regir en la gestión de la prestación en materia de salud bucodental destinada a los niños de la Comunidad Autónoma de Extremadura, conteniendo el conjunto de medidas preventivas y asistenciales que garanticen una asistencia sanitaria de calidad.

El artículo 12 del mencionado Decreto establece que mediante Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo (actualmente, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales) se determinarán las tarifas correspondientes a la prestación de los servicios que se concierten con los dentistas del sector privado, procediéndose por la presente disposición a establecer dichas tarifas, las cuales no se han alterado en los últimos 7 años (Tabla 9).

TRATAMIENTO	IMPORTE ABONADO AL DENTISTA PRIVADO
APICOFORMACIÓN	45 EUROS
ENDODONCIA 1 CONDUCTO	68 EUROS
ENDODONCIA 2 CONDUCTOS	84 EUROS
ENDODONCIA 3 CONDUCTOS	100 EUROS
RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO	25 EUROS
PERNO PREFABRICADO INTRARRADICULAR	30 EUROS
FERULIZACIÓN DEL GRUPO ANTERIOR	66 EUROS
GRAN RECONSTRUCCIÓN	65 EUROS
RECONSTRUCCIÓN	50 EUROS
REIMPLANTE DENTARIO	80 EUROS
SUTURA DE TEJIDOS BLANDOS	35 EUROS



## TABLA 9.

También nos informamos del presupuesto del que dispone el Programa desde el 2010: no ha variado desde ese año, se mantiene el mismo, que son 1.980.000 euros.

Es a través de la sección de proyectos informáticos, subdirección de sistemas de salud del Servicio Extremeño de Salud como conseguimos las siguientes bases de datos:

- Todos los municipios (urbanos, suburbanos y rurales) con Programa de Asistencia Dental Infantil en Extremadura con el total de tratamientos realizados (básicos y especiales) de cada año estudiado (desde 2010 hasta 2015 inclusive).
- Número de niños incluidos en el PADIex por cada municipio y por cada año de ejercicio estudiado (desde 2010 hasta el 2015 inclusive), teniendo en cuenta que la implantación de dicho programa ha sido incremental, por lo que en cada año se va sumando población de 6 años.
- Número de niños tratados en el PADIex por cada municipio y por cada año de ejercicio estudiado (desde 2010 hasta el 2015 inclusive), teniendo en cuenta que la implantación de dicho programa ha sido incremental, por lo que en cada año se va sumando población de 6 años.
- Desglose del número de niños tratados por dentistas públicos y por dentistas privados.
- Desglose del número tratamientos realizados por dentistas privados y por dentistas públicos.
- Número de tratamientos realizados por edades.
- Pacientes incluidos en el programa por edades y por sexo

De esta manera, podemos conocer la población diana anual (número de niños incluidos en el programa de la Comunidad de Extremadura por cada año) en cada tipo de emplazamiento, la población asistida (número de pacientes que han sido tratados en el PADIex) para poder así describir y analizar los tratamientos dentales básicos y especiales llevados a cabo durante cada uno de los ejercicios del programa desde el 2010 hasta el 2015 inclusive.

## Método:

### Preparación de los datos:

Una vez recopiladas las bases de datos necesarias para llevar a cabo el presente estudio, se procedió a su depuración y preparación con el fin de realizar los análisis pertinentes para desarrollar los objetivos ya descritos.

Cabe señalar que en las bases de datos recopiladas se encontraron numerosos errores de transcripción en los nombres de los municipios. Posiblemente, estos errores fueron cometidos por parte de los dentistas particulares a la hora de cumplimentar los formularios de la aplicación web del PADIex en campos abiertos. Por ello, un mismo municipio pudo haberse registrado de múltiples formas (con artículo determinado, sin artículo, con faltas ortográficas...), con el consecuente desglose de los datos.

Teniendo en cuenta esta situación, se realizó una revisión minuciosa de todas las bases de datos recopiladas con el objetivo de detectar los errores de transcripción. Una vez identificados dichos errores, se procedió a unificar las distintas variaciones de transcripción de los municipios en uno solo, sumando todos los datos desglosados pertenecientes a un mismo municipio. El proceso de depuración implicó, por tanto, la combinación de los datos de todos aquellos municipios duplicados (triplicados o quintuplicados...).

Tras finalizar la depuración y limpieza de los distintos archivos, se fusionaron las bases de datos del número de tratamientos, de pacientes tratados y de pacientes incluidos en el programa.

### Análisis de los datos:

El presente trabajo se trata de un estudio observacional, en el cual se han recopilado datos tanto de pacientes tratados e incluidos en el PADI, como de los totales de tratamientos realizados a lo largo de seis años (desde el 2010 al 2015), con el principal objetivo de describir qué ha pasado en este período de tiempo.

Puesto que el objetivo, como hemos comentado, es describir y no predecir, y puesto que la muestra utilizada en este trabajo se corresponde con la totalidad de la población objeto de estudio, los análisis requeridos para realizar este estudio pertenecen a la estadística descriptiva (y no a la estadística inferencial).

El análisis de los datos se ha realizado principalmente mediante dos softwares informáticos. Con ayuda del software Excel, incluido en el paquete Office 365, se depuraron todas las bases de datos, tal y como se ha comentado en el apartado anterior. Asimismo, este programa se utilizó para segmentar las bases de datos, según fuera necesario en función de los objetivos específicos, y calcular los totales de los tratamientos en cada caso. Además, también se utilizó para calcular los indicadores (porcentajes de cobertura anual, de utilización de la red, de actividad asistencial...) y ratios (como el perfil asistencial) propios de este trabajo.

Por otro lado, también se utilizó el software IBM SPSS Statistics (versión 20) para calcular los principales estadísticos descriptivos: sumas, medias, desviaciones típicas, mínimos y máximos. Las medias son un indicador de tendencia central, mientras que las desviaciones

típicas con indicadores de variabilidad (a mayor desviación típica, mayor variabilidad en la variable).

Los análisis concretos realizados para cada objetivo se detallan a continuación:

1. Para estudiar la cobertura del PADIex:
  - a. Según la utilización de la red asistencial (público y privado), se calculó:
    - La **población diana**: total de *niños incluidos* en el PADIex por cada año
    - El porcentaje de **cobertura anual**: porcentaje de *niños incluidos* en el programa *que han sido tratados* por cada año estudiado
    - El porcentaje de **utilización de la red** asistencial público vs. privado: porcentaje de *niños* que han sido tratados por la red pública o privada.
  - b. Según el emplazamiento (rural, suburbano y urbano), se calculó:
    - La **población diana** anual *por emplazamiento*: total de niños incluidos en el PADIex en cada emplazamiento.
    - El porcentaje de **cobertura anual** del PADIex en cada tipo de *emplazamiento*: número de pacientes tratados respecto al total de población diana de cada emplazamiento
    - El porcentaje anual de **utilización de la red** asistencial *por emplazamiento*: porcentaje de pacientes tratados en cada emplazamiento respecto al total de pacientes tratados.
2. Para analizar el coste de la asistencia, se calculó:
  - El **coste** tanto de la asistencia general concertada (en función de los precios por capacitación en cada año estudiado), como de la asistencia adicional (en función de los precios de cada tratamiento adicional).
  - El **porcentaje del presupuesto** anual del PADIex cubierto tanto por la asistencia general concertada como por la asistencia adicional, en cada año estudiado.
3. Para analizar la asistencia general y adicional según emplazamiento y año de ejercicio, se segmentaron las bases de datos por tipo de emplazamiento. Se calcularon:
  - Los **totales** de los tratamientos realizados, tanto generales como adicionales, por emplazamiento.
  - Los **perfiles asistenciales** de cada tipo de tratamiento. El perfil asistencial se trata de una ratio que informa del *promedio de tratamientos realizados por cada 100 niños tratados* en cada año de ejercicio. Es decir, tiene en cuenta el número de tratamientos y el número de niños atendidos.
  - **Sumas, medias y desviaciones típicas** tanto del número de tratamientos por emplazamiento, como de los perfiles asistenciales, en los seis años estudiados.

4. Para estudiar la asistencia general y adicional según la red asistencial (pública vs. privada) por año de ejercicio, se calculó:
  - Los **totales** de los tratamientos realizados, tanto generales como adicionales, por tipo de red.
  - El **perfil asistencial** por tipo de red de cada tratamiento, el cual hace referencia, como ya se ha comentado, al promedio de tratamientos realizados por cada 100 pacientes atendidos.
  - Los porcentajes de **actividad asistencial** cubiertos por red pública y privada para cada tratamiento en cada año de ejercicio. Es decir, los porcentajes del total de tratamientos realizados en la red pública y la privada.
  
5. Para analizar la asistencia general y adicional según la edad por año de ejercicio, se calculó:
  - Los **totales** de los tratamientos realizados, tanto generales como adicionales, por edades, en cada año estudiado.
  - El **perfil asistencial** de cada tratamiento por cada año de edad de los pacientes, es decir, el promedio de tratamientos realizados por cada 100 niños atendidos en cada una de las edades incluidas en el PADIex.
  - Los porcentajes de **actividad asistencial** cubiertos por cada año de edad para cada tratamiento en cada año de ejercicio. Es decir, para cada tratamiento, se calculan qué porcentajes del mismo se realizan en las distintas edades cubiertas por el PADIex.

## RESULTADOS



*1. Estudiar la cobertura del PADI en Extremadura según: la utilización de la red asistencial (pública o privada) y emplazamiento de residencia de los pacientes (rural, urbano o suburbano):*

- Cobertura según utilización de la red asistencial (pública y privada):

La TABLA 10 detalla, para cada año de ejercicio estudiado, la población diana (número de niños incluidos en el programa) y el número de niños que utilizaron anualmente el PADI. Un total de 618.269 personas han constituido la población diana del PADI a lo largo de los 6 años de nuestro estudio (2010-2015 inclusive). Debido a que se trata de un programa incremental, la población diana ha ido aumentando anualmente, alcanzándose un máximo de 120.095 niños en 2014, lo cual implica un incremento de casi 43.000 niños desde el 2010. Por otro lado, el número de niños tratados también ha aumentado en casi 10.000 pacientes, si bien el aumento es mucho menos pronunciado que el de la población diana del programa.

AÑO	Población diana total	NIÑOS TRATADOS POR EJERCICIO			Cobertura anual %	UTILIZACION DE RED	
		Publico	Concertado	Total		Publica %	Concertado %
2010	78.013	8.638	25.360	33.998	43,58	25,41	74,59
2011	89.685	9.456	30.842	40.298	44,93	23,47	76,53
2012	100.751	10.036	35.474	45.510	45,17	22,05	77,95
2013	112.081	8.172	34.458	42.630	38,03	19,17	80,83
2014	120.095	7.368	36.075	43.443	36,17	16,96	83,04
2015	117.644	6.974	36.983	43.957	37,36	15,87	84,13

TABLA 10.

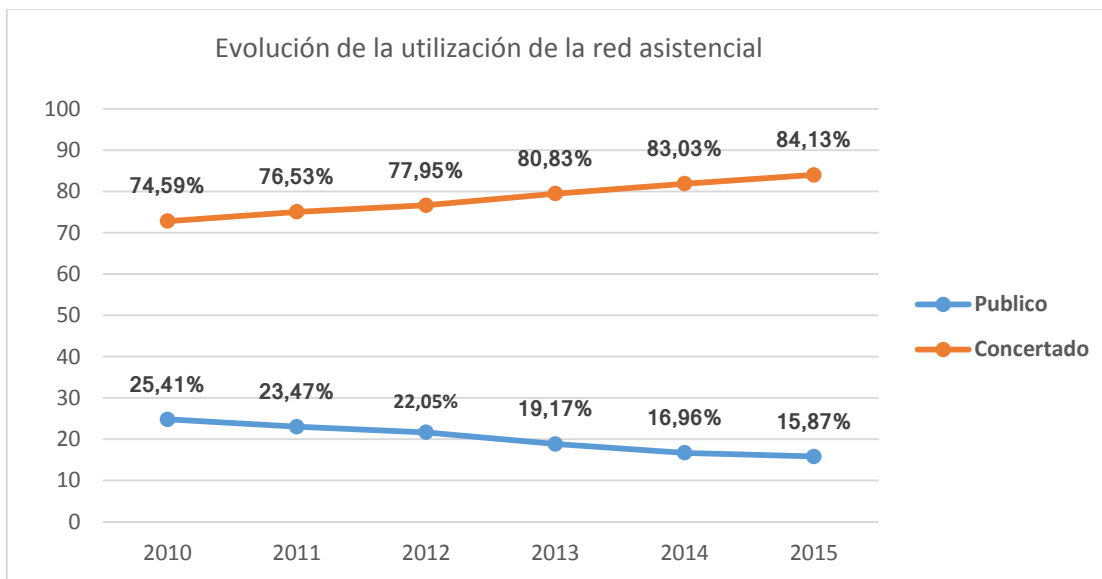
La cobertura, porcentaje de niños que acuden al sistema en un año sobre la población diana, ha evolucionado desde el 43,58% en el 2010 hasta el 37,36% en el 2015 (Tabla 10). Esta disminución en la cobertura anual queda explicada por el menor incremento del número de niños tratados respecto a un incremento más pronunciado de la población diana en cada año.

Respecto a la utilización de la red a lo largo del periodo estudiado, el uso de la red concertada ha sido superior al de la red pública, cerrándose el último año estudiado, 2015, con un 84,13% de red concertada utilizada frente a un 15,87% de la red pública. Este es un dato esperado, ya que el modelo PADI en la Comunidad de Extremadura es un modelo de financiación pública y provisión mixta en la que el “peso” de la atención lo llevan a cabo dentistas privados concertados que son remunerados por un sistema de capitación para la atención general y por tarifas previamente establecidas para actos odontológicos especiales

(endodoncias, reconstrucciones...).

Asimismo, en el gráfico 6 podemos observar el aumento progresivo que se ha producido en la utilización de la red concertada, a medida que ha disminuido la utilización de la red pública. Entre el 2010 y el 2015 hay una diferencia de casi diez puntos porcentuales en ambas.

Gráfico de la evolución de la red asistencial:



GRÁFICA 6.

Desde el Sección de proyectos informáticos, subdirección de sistemas de salud del Servicio Extremeño de Salud, nos informan del número de dentistas de la red pública y privada desde el 2010 hasta el 2015, detallados en la TABLA 11. Podemos observar cómo prácticamente se mantiene el número de dentista de la red asistencial pública y cómo la red privada aumenta considerablemente a partir del 2013, pasando en 2010 de 127 dentistas a 193 en el año 2015.

	Dentistas Públicos	Dentistas Privados
2010	38	127
2011	34	123
2012	34	120
2013	36	167
2014	35	186
2015	39	193

TABLA 11.



- Cobertura según emplazamiento de residencia de los pacientes (rural, urbano o suburbano):

#### EMPLAZAMIENTO RURAL

AÑO	POBLACION DIANA	NIÑOS TRATADOS POR EJERCICIO	COBERTURA ANUAL %	UTILIZACION DE RED %
2010	20.618	9.251	44,87	26,57
2011	23.676	10.891	46,00	26,51
2012	26.534	12.132	45,72	26,22
2013	29.521	11.486	38,91	26,42
2014	30.660	11.433	37,29	25,94
2015	30.698	11.086	36,11	25,19

TABLA 12

#### EMPLAZAMIENTO SUBURBANO

AÑO	POBLACION DIANA	NIÑOS TRATADOS POR EJERCICIO	COBERTURA ANUAL %	UTILIZACION DE RED %
2010	17.453	8.142	46,65	23,38
2011	19.923	9.559	47,98	23,27
2012	22.251	10.718	48,17	23,16
2013	24.382	10.286	42,19	23,66
2014	28.831	10.006	34,71	22,70
2015	24.904	10.158	40,79	23,08

TABLA 13

#### EMPLAZAMIENTO URBANO

AÑO	POBLACION DIANA	NIÑOS TRATADOS POR EJERCICIO	COBERTURA ANUAL %	UTILIZACION DE RED %
2010	39.679	17.309	43,62	49,70
2011	45.811	20.510	44,77	49,93
2012	51.691	23.292	45,06	50,33
2013	57.904	21.603	37,31	49,69
2014	60.321	22.468	37,25	50,98
2015	61.760	22.668	36,70	51,50

TABLA 14

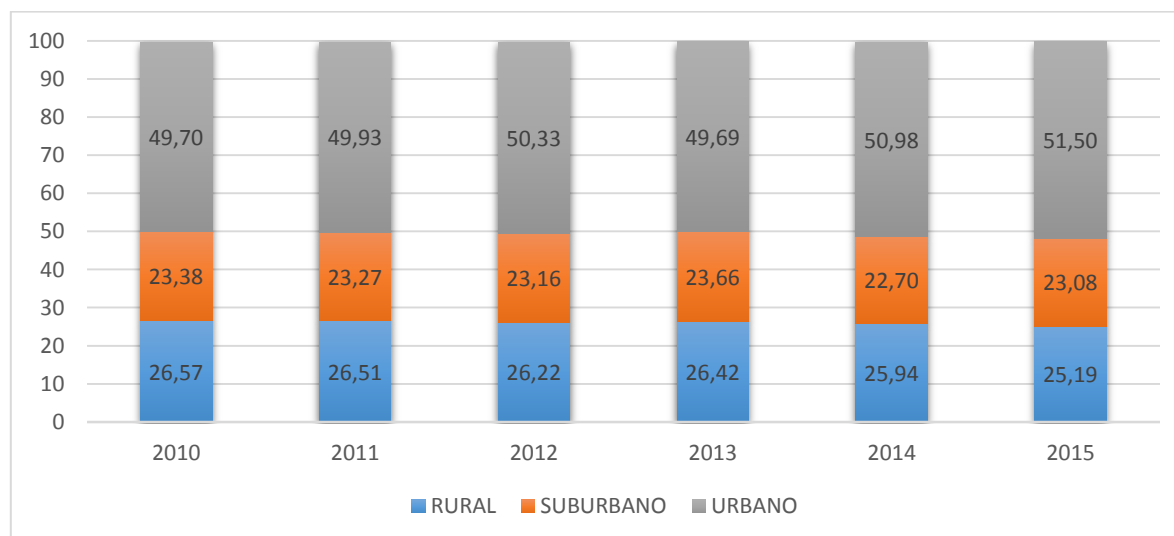
En las presentes tablas 12,13 y 14, podemos observar como aun aumentando la población diana (lo esperado por ser un modelo incremental) y aumentando el número de niños tratados por ejercicio, el porcentaje de la cobertura anual en los tres emplazamientos, como hemos visto anteriormente de manera global, ha disminuido. Esto es debido a que el incremento en el número de niños tratado por ejercicio no es directamente proporcional al incremento anual de la población diana, por lo que hay una cantidad importante de niños que no han asistido a su revisión anual dental.

En el emplazamiento rural se ha producido el mayor descenso en la cobertura anual, desde un 44,87% en 2010 a un 36,11% en 2015. En el emplazamiento suburbano se produjo el menor descenso, pasando del 46,65% en 2010 al 40,7% en 2015. Por último, en el emplazamiento urbano, la cobertura anual descendió de un 43,62% en 2010 a un 36,70% en 2015.

Respecto a la utilización de la red<sup>1</sup>, como podemos ver en el gráfico 7, no se han producido cambios muy significativos. A lo largo de los 6 años estudiados, vemos que alrededor del 50% de los niños tratados por el PADI provienen de emplazamientos urbanos. El 50% restante de los niños tratados provienen de emplazamientos rurales y suburbanos, siendo el número de pacientes de entornos rurales ligeramente superior al de entornos suburbanos.

En el ámbito rural, la utilización de la red ha disminuido ligeramente (de un 26,57 a un 25,19); en el suburbano se mantiene prácticamente igual (de un 23,38% a un 23,08%); y en el urbano ha aumentado ligeramente (de 49,70% a un 51,50%).

Gráfico de utilización de red por emplazamiento:



<sup>1</sup> El sumatorio de los porcentajes de la utilización de red no sale 100% exacto. Esto es debido a que en los datos recogidos del programa existen algunos pacientes incluidos en municipios identificados como “sin entidad singular”, que no están clasificados ni en emplazamiento rural, ni en urbano, ni en suburbano.

## GRÁFICO 7.

En el gráfico 8, podemos ver la evolución de los niños tratados según emplazamiento estudiado. En general, vemos que en los tres tipos de emplazamiento han aumentado los niños tratados desde el 2010 al 2015.

En particular, podemos observar que en los emplazamientos rurales y suburbanos se ha producido un aumento del número de niños tratados desde el 2010 hasta el 2012, y a partir de ahí se aprecia un ligero descenso, con un mantenimiento posterior. Por otro lado, en el ámbito urbano, se observa un incremento pronunciado de los niños tratados hasta el 2012, un ligero descenso en el 2013 y posteriormente un ligero ascenso mantenido hasta el 2015.

Gráfico de la evolución de los niños tratados por emplazamiento:

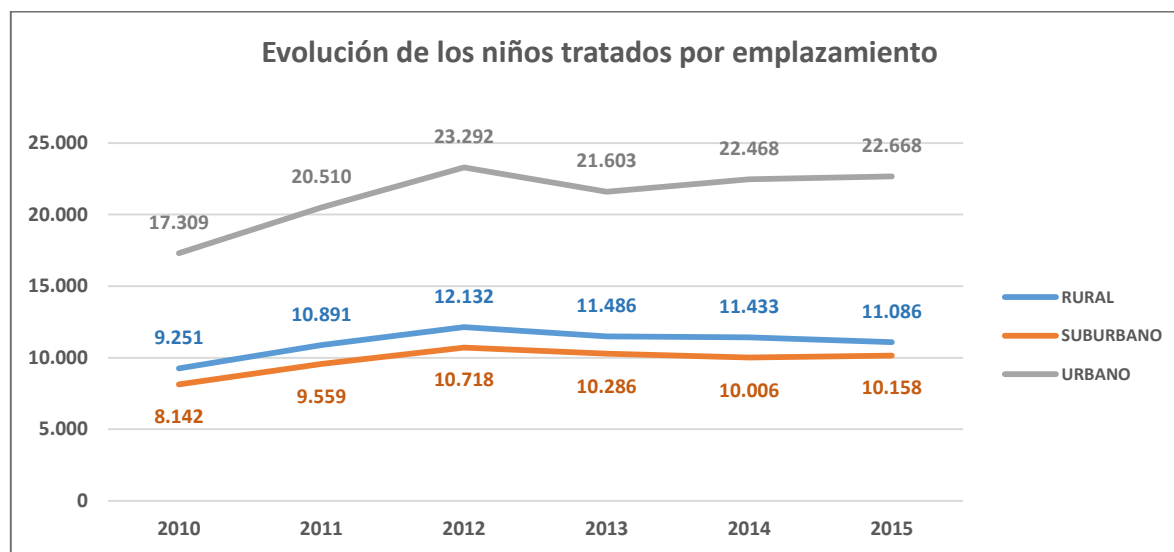


GRÁFICO 8.

2. Analizar el coste de la asistencia concertada por ejercicio del PADlex y coste de la asistencia adicional (tratamientos especiales):

Este segundo objetivo lo vamos a dirigir a estudiar el coste de la asistencia concertada y adicional de manera global en la Comunidad de Extremadura.

El precio que se le pagan a los dentistas concertados de dicho programa ha ido variando según los años. En la siguiente tabla se describen (Tabla 15):

AÑO ESTUDIADO	IMPORTE PAGADO POR CAPITACIÓN
2010	50 EUROS
2011	50 EUROS
2012	50 EUROS
2013	45 EUROS
2014	45 EUROS
2015	42 EUROS

TABLA 15.

Sin embargo, desde el Plan Dental, nos informaron de que el presupuesto anual en los años que hemos estudiado, no ha variado y es de 1.980.000 Euros.

En la siguiente tabla se analiza tanto el coste de la ASISTENCIA GENERAL como el porcentaje del presupuesto que se ha destinado a la misma desde el 2010 hasta el 2015 (Tabla 16):

AÑO	PRECIO POR CAPITACIÓN (PACIENTES)	POBLACIÓN DIANA	NIÑOS TRATADOS por ejercicio por PRIVADOS dentistas	COSTE DE LA ASISTENCIA GENERAL (total €/año)	% ASISTENCIA GENERAL
2010	50 euros	78.015	25.360	1.268.000	64,04
2011	50 euros	89.687	30.842	1.542.100	77,88
2012	50 euros	100.755	35.474	1.773.700	89,58
2013	45 euros	112.087	34.458	1.550.610	78,31
2014	45 euros	120.101	36.075	1.623.375	81,99
2015	42 euros	117.652	36.983	1.553.286	78,45

Tabla 16.

Podemos observar cómo el precio por capitación empezó en el 2010 por 50 euros al dentista concertado y como en el 2015 disminuyó hasta los 42 euros.

El coste de la asistencia general del programa ha evolucionado de manera ascendente. En el 2010 supuso un gasto de 1.268.000 euros, pasando a 1.553.286 euros en el 2015. En el año 2012 alcanzó la cifra máxima, con 1.773.700 euros.

Debido al incremento en el coste de la asistencia general, podemos observar cómo el porcentaje del presupuesto dedicado a la misma también ha aumentado, pasando de un 64,04% en 2010 hasta un 78,45% en 2015. Cabe destacar que, en 2012, casi un 90% del presupuesto del PADI en Extremadura se dedicó a la asistencia general, mientras que en los últimos años ronda el 80% del presupuesto.

A continuación, estudiaremos el coste de la asistencia adicional incluida en el PADI. Los precios de los actos especiales (los tratamientos adicionales<sup>2</sup>) no han variado a lo largo de los años estudiados por nosotros. Se describen en la siguiente tabla (Tabla 17):

TRATAMIENTO	IMPORTE ABONADO AL DENTISTA PRIVADO
APICOFORMACIÓN	45 EUROS
ENDODONCIA CONDUCTO 1	68 EUROS
ENDODONCIA CONDUCTOS 2	84 EUROS
ENDODONCIA CONDUCTOS 3	100 EUROS
RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO	25 EUROS
PERNO PREFABRICADO INTRARRADICULAR	30 EUROS
FERULIZACIÓN DEL GRUPO ANTERIOR	66 EUROS
GRAN RECONSTRUCCIÓN	65 EUROS
RECONSTRUCCIÓN	50 EUROS
REIMPLANTE DENTARIO	80 EUROS
SUTURA DE TEJIDOS BLANDOS	35 EUROS

TABLA 17.

En la siguiente tabla se analiza el porcentaje del presupuesto que se ha destinado a la asistencia adicional desde el 2010 hasta el 2015 (Tabla 18):

<sup>2</sup> En los datos recogidos, el acto de “endodoncia” no distinguía entre “endodoncia de 1, 2 o 3 conductos”, por lo que para calcular el coste de este acto se ha hecho una media de precio de las 3 (100 euros+84 euros+68 euros= 252/3= 84 euros por acto de endodoncia).

AÑO	POBLACIÓN DIANA	NIÑOS ejercicio por dentistas TRATADOS PRIVADOS	por	COSTE DE LA ASISTENCIA ADICIONAL (total €/año)	% ASISTENCIA ADICIONAL
2010	78.015	25.360		35.650	1,80
2011	89.687	30.842		43.183	2,18
2012	100.755	35.474		57.731	2,92
2013	112.087	34.458		61.182	3,09
2014	120.101	36.075		69.748	3,52
2015	117.652	36.983		68.486	3,46

TABLA 18.

Podemos observar cómo el coste de la asistencia adicional, respecto al presupuesto global de 1.980.000 euros, ha aumentado. En el año 2010 el coste fue de 35.650 euros, mientras que en el 2015 casi se ha duplicado, llegando a los 68.486 euros (de un 1,80% de asistencia adicional ha subido a un 3,46%).

En el gráfico que se muestra a continuación podemos observar cómo ha evolucionado el coste de la asistencia dental, tanto de los tratamientos generales como de los adicionales en conjunto (Gráfico 8).

Gráfico de coste de anual de la asistencia dental:

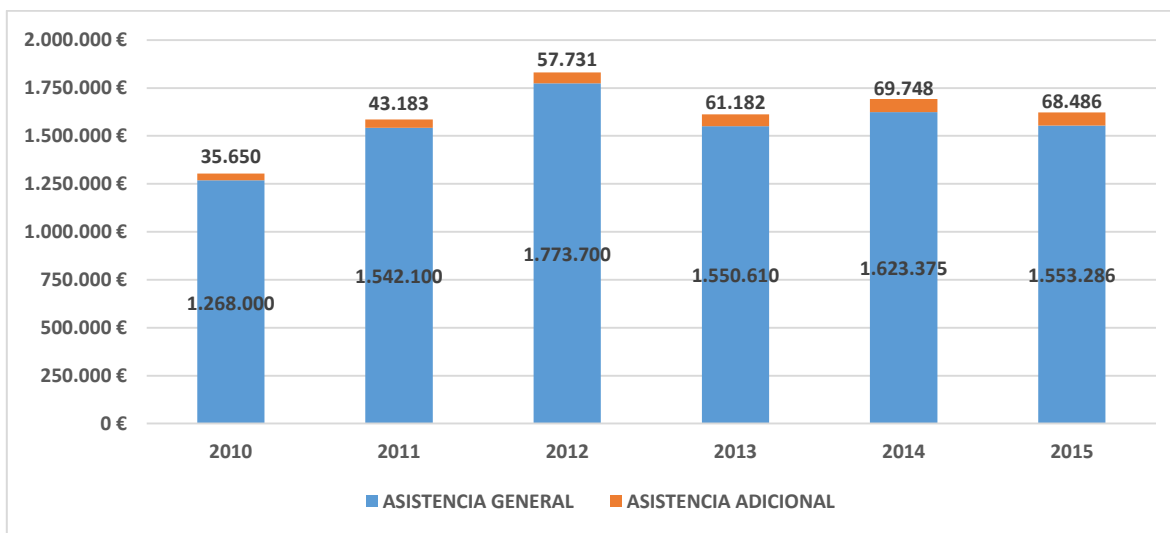


GRÁFICO 8.

### 3. Analizar la asistencia general y adicional dispensada en el PADlex según emplazamiento y año de ejercicio

En este punto analizaremos la asistencia general y adicional del programa de una manera más detallada: según emplazamiento de los pacientes (urbano, suburbano y rural).

#### **EMPLAZAMIENTO RURAL:**

En las siguientes tablas (Tablas 19 y 20) se describen el total de tratamientos realizados, tanto generales (educación dental, extracción, fluoraciones, limpiezas, obturaciones, radiografías, revisiones y selladores) como especiales (apicectomías, endodoncias, ferulización, reconstrucción, gran reconstrucción, perno, recubrimiento pulpar, reimplante y sutura) en el ámbito rural. Dichas tablas presenta el número total de tratamientos realizados y el perfil asistencial, el cual se refiere al promedio de tratamientos por cada 100 pacientes tratados en cada año de ejercicio.

#### **EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA GENERAL EN ENTORNOS RURALES**

AÑO	P.I.	P.T.	TRATAMIENTOS REALIZADOS								PERFIL ASISTENCIAL							
			ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL
2010	20.618	9.251	5.526	2.108	4.015	761	3.961	328	7.146	4.914	59,73	22,79	43,40	8,23	42,82	3,55	77,25	53,12
2011	23.676	10.891	6.389	2.495	4.572	994	4.627	391	9.039	4.833	58,66	22,91	41,98	9,13	42,48	3,59	83,00	44,38
2012	26.534	12.132	7.267	2.710	5.364	1.603	6.135	538	10.598	5.262	59,90	22,34	44,21	13,21	50,57	4,43	87,36	43,37
2013	29.521	11.486	6.578	2.522	5.203	2.075	6.423	533	10.570	5.141	57,27	21,96	45,30	18,07	55,92	4,64	92,03	44,76
2014	30.660	11.433	7.030	2.519	5.349	1.839	6.454	1.022	10.868	4.741	61,49	22,03	46,79	16,09	56,45	8,94	95,06	41,47
2015	30.698	11.086	6.548	2.374	5.105	1.709	5.959	3.282	10.805	4.062	59,07	21,41	46,05	15,42	53,75	29,60	97,47	36,64

TABLA 19.

P.I: pacientes incluidos.

P.T: pacientes tratados.

Según el acto estudiado, podemos observar:

- **EDUCACIÓN:** el perfil asistencial se mantiene prácticamente constante a lo largo del tiempo. Por cada 100 niños atendidos, se realizaron alrededor de 59 tratamientos de educación dental.
- **EXTRACCIÓN:** el perfil asistencial desciende ligeramente. Por cada 100 niños atendidos, se realizaron en promedio 22,79 extracciones en 2010, mientras que el promedio desciende a 21,41 extracciones en 2015. Recordamos que el programa de asistencia dental infantil en Extremadura cubre la extracción de dientes permanentes.

- **FLUORACIONES:** el perfil asistencial sufre un ligero aumento, de un 43,40 a un 46,05 por cada 100 niños atendidos.
- **LIMPIEZAS:** el perfil asistencial casi se duplica. Pasamos de 8,23 limpiezas por cada 100 pacientes en 2010, a 15,42 limpiezas en 2015. Asimismo, se realizan casi 1000 limpiezas más en 2015 que en 2010.
- **OBTURACIÓN:** el perfil asistencial aumenta más de diez puntos, pasando de un 42,82 en 2010 a un 53,75 en 2015.
- **RADIOGRAFÍA:** el perfil asistencial asciende considerablemente, pasando de 3,55 en 2010 a 29,60 en 2015. Cabe destacar que en el año 2014 se duplicó el número de radiografías respecto a los años anteriores, y en el 2015 se triplicaron respecto al año previo.
- **REVISIONES:** el perfil asistencial aumenta considerablemente el número de revisiones a lo largo del periodo estudiado. Mientras que en 2010 se realizaron 77,25 revisiones por cada 100 niños tratados, el promedio aumentó hasta 97,47 en 2015.
- **SELLADORES:** el perfil asistencial desciende considerablemente, de 53,12 a 36,64.

### EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA ADICIONAL EN ENTORNOS RURALES

AÑO	P.I.	P.T.	TRATAMIENTOS REALIZADOS									PERFIL ASISTENCIAL								
			API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT
2010	20.618	9.251	8	54	1	82	4	2	10	0	0	0,09	0,58	0,01	0,89	0,04	0,02	0,11	0,00	0,00
2011	23.676	10.891	6	68	3	108	2	1	7	1	0	0,06	0,62	0,03	0,99	0,02	0,01	0,06	0,01	0,00
2012	26.534	12.132	7	137	1	123	8	2	0	0	0	0,06	1,13	0,01	1,01	0,07	0,02	0,00	0,00	0,00
2013	29.521	11.486	6	152	1	136	5	3	4	1	0	0,05	1,32	0,01	1,18	0,04	0,03	0,03	0,01	0,00
2014	30.660	11.433	5	152	4	129	3	5	3	0	0	0,04	1,33	0,03	1,13	0,03	0,04	0,03	0,00	0,00
2015	30.698	11.086	6	150	1	119	3	3	4	0	0	0,05	1,35	0,01	1,07	0,03	0,03	0,04	0,00	0,00

TABLA 20.

P.I: pacientes incluidos.

P.T: pacientes tratados.

Según el acto estudiado, podemos observar:

- **APICECTOMÍAS:** desciende ligeramente el perfil asistencial, de un 0,09 a un 0,05.
- **ENDODONCIAS:** el perfil asistencial ha aumentado, pasando de 0,58 endodoncias en 2010 a 1,35 en 2015 por cada 100 pacientes tratados. Además, cabe destacar que el número de endodoncias casi se ha triplicado durante los años estudiados.
- **FERULIZACIONES:** con alguna pequeña fluctuación a lo largo de los años, el perfil asistencial se mantiene muy bajo. En el 2015 tan solo 1 niño recibió este tratamiento, mientras que a lo largo de los seis años estudiados se llevaron a cabo un total de 11 ferulizaciones.



- RECONSTRUCCIONES: el perfil asistencial aumenta ligeramente de 0,89 a 1,07.
- GRAN RECONSTRUCCIÓN: el perfil asistencial prácticamente se mantiene (de 0,04 en 2010 a 0,03 en 2015).
- PERNO: el perfil asistencial prácticamente se mantiene (de un 0,02 a un 0,03).
- RECUBRIMIENTO PULPAR: desciende de un 0,11% a un 0,04%.
- REIMPLANTE: un caso puntual en 2011 y 2013.
- SUTURA: no se ha realizado este tratamiento en emplazamientos rurales durante los años estudiados.

### **EMPLAZAMIENTO SUBURBANOS:**

En las siguientes tablas (tablas 21 y 22) se describen el total de tratamientos realizados, tanto generales (educación dental, extracción, fluoraciones, limpiezas, obturaciones, radiografías, revisiones y selladores) como especiales (apicectomías, endodoncias, ferulización, reconstrucción, gran reconstrucción, perno, recubrimiento pulpar, reimplante y sutura) en el ámbito suburbano. Dicha tabla presenta el número total de tratamientos realizados y el perfil asistencial, el cual se refiere al promedio de tratamientos por cada 100 pacientes tratados en cada año de ejercicio.

### **EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA GENERAL EN ENTORNOS SUBURBANOS**

AÑO	P.I.	P. T.	TRATAMIENTOS REALIZADOS								PERFIL ASISTENCIAL							
			ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL
2010	17.453	8.142	5.381	1.846	5.352	853	3.188	289	7.159	5.545	66,09	22,67	65,73	10,48	39,15	3,55	87,93	68,10
2011	19.923	9.559	6.239	2.163	6.140	1.001	3.892	393	9.133	5.147	65,27	22,63	64,23	10,47	40,72	4,11	95,54	53,84
2012	22.251	10.718	6.986	2.377	6.865	1.615	4.716	496	10.897	5806	65,18	22,18	64,05	15,07	44,00	4,63	101,67	54,17
2013	24.382	10.286	6.968	2.017	6.430	2.171	5.101	497	10.488	5335	67,74	19,61	62,51	21,11	49,59	4,83	101,96	51,87
2014	28.831	10.061	6.992	2.059	5.894	1.810	5.285	1.028	10.838	4750	69,50	20,47	58,58	17,99	52,53	10,22	107,72	47,21
2015	24.904	10.158	6.780	2.082	6.019	1.750	5.118	3.197	10.817	4226	66,75	20,50	59,25	17,23	50,38	31,47	106,49	41,60

TABLA 21.

P.I: pacientes incluidos.

P.T: pacientes tratados.

Según el acto estudiado, podemos observar:

- EDUCACIÓN: el perfil asistencial se mantiene prácticamente constante a lo largo del tiempo. Por cada 100 niños atendidos, se realizaron alrededor de 66 tratamientos de educación dental en emplazamientos suburbanos.
- EXTRACCIÓN: el perfil asistencial desciende levemente. Por cada 100 niños atendidos, en 2010 se realizaron aproximadamente 22,67 extracciones, mientras que en 2015 el promedio desciende hasta 20,50.

- **FLUORACIONES:** el perfil asistencial desciende, disminuyendo el promedio de fluoraciones de 65,73 en 2010 a 59,25 en 2015, por cada 100 niños atendidos.
- **LIMPIEZAS:** sufren un aumento, pasando de 10,48 limpiezas en 2010 a 17,23 limpiezas en 2015 por cada 100 niños atendidos.
- **OBTURACIÓN:** aumenta el promedio de un 39,15 a un 50,38.
- **RADIOGRAFÍA:** el perfil asistencial asciende considerablemente. El promedio de radiografías realizadas fue de 3,55 radiografías por cada 100 niños atendidos en 2010, incrementándose hasta 31,47 en 2015.
- **REVISIONES:** el perfil asistencial aumenta considerablemente, de 87,93 en 2010 a 106,49 en 2015.
- **SELLADORES:** desciende considerablemente el perfil asistencial, de 68,10 a 41,60.

### EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA ADICIONAL EN ENTORNOS SUBURBANOS

AÑO	P.I.	P.T.	TRATAMIENTOS REALIZADOS									PERFIL ASISTENCIAL								
			API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT
2010	17.453	8.142	3	62	0	69	3	0	8	0	0	0,04	0,76	0,00	0,85	0,04	0,00	0,10	0,00	0,00
2011	19.923	9.559	3	75	0	92	3	0	10	0	0	0,03	0,78	0,00	0,96	0,03	0,00	0,10	0,00	0,00
2012	22.251	10.718	2	79	2	122	1	1	3	0	0	0,02	0,74	0,02	1,14	0,01	0,01	0,03	0,00	0,00
2013	24.382	10.286	6	99	0	78	4	2	3	0	0	0,06	0,96	0,00	0,76	0,04	0,02	0,03	0,00	0,00
2014	28.831	10.061	6	130	4	93	5	3	2	0	0	0,06	1,29	0,04	0,92	0,05	0,03	0,02	0,00	0,00
2015	24.904	10.158	8	140	0	87	4	2	1	0	0	0,08	1,38	0,00	0,86	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00

TABLA 22.

P.I: pacientes incluidos.

P.T: pacientes tratados.

Según el acto estudiado, podemos observar:

- **APICECTOMÍAS:** aumenta ligeramente el perfil asistencial, de 0,04 a 0,08.
- **ENDODONCIAS:** el perfil asistencial aumenta y casi se duplica, pasando de 0,76 a un 1,38 endodoncias realizadas por cada 100 pacientes tratados.
- **FERULIZACIONES:** 2 y 4 casos puntuales en 2012 y 2014 respectivamente.
- **RECONSTRUCCIONES:** con oscilaciones a lo largo de los años, el promedio de reconstrucciones se mantiene, pasando de un 0,85 a 0,86 por cada 100 niños tratados.
- **GRAN RECONSTRUCCIÓN:** el perfil asistencial se mantiene en torno a 0,04.
- **PERNO:** el perfil asistencial prácticamente se mantiene (de 0 a 0,02), con algunos casos puntuales en los últimos años.
- **RECUBRIMIENTO PULPAR:** el perfil asistencial desciende de 0,10 en 2010 a 0,01 en 2015, habiéndose realizado en una sola ocasión durante este último año.

- REIMPLANTE: no se han realizado reimplantes en emplazamientos suburbanos durante los años estudiados.
- SUTURA: no se han realizado suturas en emplazamientos suburbanos durante los años estudiados.

### **EMPLAZAMIENTO URBANO:**

En las siguientes tablas (Tabla 23 y 24) se describen el total de tratamientos realizados, tanto generales (educación dental, extracción, fluoraciones, limpiezas, obturaciones, radiografías, revisiones y selladores) como especiales (apicectomías, endodoncias, ferulización, reconstrucción, gran reconstrucción, perno, recubrimiento pulpar, reimplante y sutura) en el ámbito urbano. Dicha tabla presenta el número total de tratamientos realizados y el perfil asistencial, el cual se refiere al promedio de tratamientos por cada 100 pacientes tratados en cada año de ejercicio.

### **EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA GENERAL EN ENTORNOS URBANOS**

AÑO	P.I.	P. T.	TRATAMIENTOS REALIZADOS								PERFIL ASISTENCIAL							
			ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL
2010	39.679	17.309	11.076	3.406	4.644	1.769	5.146	589	13.468	9.509	63,99	19,68	26,83	10,22	29,73	3,40	77,81	54,94
2011	45.811	20.510	13.251	3.860	5.841	2.390	5.721	718	16.259	8.833	64,61	18,82	28,48	11,65	27,89	3,50	79,27	43,07
2012	51.691	23.292	14.962	4.129	7.172	3.406	7.235	988	18.897	8.874	64,24	17,73	30,79	14,62	31,06	4,24	81,13	38,10
2013	57.904	21.603	13.070	4.311	6.768	3.687	7.910	1.110	18.736	8.353	60,50	19,96	31,33	17,07	36,62	5,14	86,73	38,67
2014	60.321	22.468	13.457	4.718	6.617	3.641	8.965	1.316	19.951	8.884	59,89	21,00	29,45	16,21	39,90	5,86	88,80	39,54
2015	61.760	22.668	13.417	4.347	7.192	3.791	9.169	2.558	20.343	7.790	59,19	19,18	31,73	16,72	40,45	11,28	89,74	34,37

**TABLA 23**

P.I: pacientes incluidos.  
P.T: pacientes tratados.

Según el acto estudiado, podemos observar:

- EDUCACIÓN: se produce un ligero descenso en perfil asistencial de la educación dental en entornos urbanos. Mientras que en 2010 se realizaron casi 64 tratamientos de educación dental por cada 100 niños atendidos, en 2015 el promedio descendió hasta 59,19.
- EXTRACCIÓN: si bien se producen pequeñas oscilaciones, el perfil asistencial no varía prácticamente a lo largo de los años estudiados. En 2010, se realizaron en promedio 19,68 extracciones por cada 100 niños atendidos; en 2015 el promedio es muy similar, de 19,18.
- FLUORACIONES: se produce un leve aumento en el perfil asistencial. En 2010, se realizaron 26,83 fluoraciones por cada 100 niños atendidos, promedio que asciende

hasta 31,73 en 2015.

- LIMPIEZAS: se observa un ligero aumento, desde un 10,22% a un 16,72%.
- OBTURACIÓN: el perfil asistencial aumenta. Por cada 100 niños atendidos, reciben este tratamiento un promedio de 29,73 en 2010, alcanzándose un promedio de 40,45 obturaciones en 2015.
- RADIOGRAFÍA: el perfil asistencial asciende, de 3,40 a 11,28 radiografías por cada 100 niños atendidos.
- REVISIONES: aumentan considerablemente. El promedio de revisiones en 2010 fue de 77,81 por cada 100 niños, mientras que en 2015 fue de 89,74.
- SELLADORES: el perfil asistencial desciende considerablemente, de 54,94 a 34,37.

### EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA ADICIONAL EN ENTORNOS URBANOS

AÑO	P.I.	P.T.	TRATAMIENTOS REALIZADOS									PERFIL ASISTENCIAL								
			API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT
2010	39.679	17.309	9	100	0	144	3	6	18	0	0	0,05	0,58	0,00	0,83	0,02	0,03	0,10	0,00	0,00
2011	45.811	20.510	6	117	0	176	6	4	12	0	0	0,03	0,57	0,00	0,86	0,03	0,02	0,06	0,00	0,00
2012	51.691	23.292	4	186	0	191	7	3	2	0	1	0,02	0,80	0,00	0,82	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00
2013	57.904	21.603	4	205	2	199	4	4	0	0	0	0,02	0,95	0,01	0,92	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00
2014	60.321	22.468	10	248	5	204	10	4	8	3	0	0,04	1,10	0,02	0,91	0,04	0,02	0,04	0,01	0,00
2015	61.760	22.668	8	256	1	193	7	5	3	0	0	0,04	1,13	0,00	0,85	0,03	0,02	0,01	0,00	0,00

TABLA 23.

P.I: pacientes incluidos.

P.T: pacientes tratados.

Según el acto estudiado, podemos observar:

- APICECTOMÍAS: el perfil asistencial prácticamente se mantiene, pasando de un 0,05 a un 0,04.
- ENDODONCIAS: aumenta de un 0,58% a un 1,13%.
- FERULIZACIONES: 2, 5 y 1 casos puntuales en 2013, 2014 y 2015, respectivamente.
- RECONSTRUCCIONES: el perfil asistencial aumenta muy levemente, de un 0,83 a un 0,85 reconstrucciones realizadas por cada 100 pacientes atendidos.
- GRAN RECONSTRUCCIÓN: prácticamente se mantiene (de 0,02 a un 0,03).
- PERNO: prácticamente se mantiene (de un 0,03 a un 0,02%).
- RECUBRIMIENTO PULPAR: el perfil asistencial desciende ligeramente, de 0,10 a 0,01 recubrimientos realizados por cada 100 niños atendidos.
- REIMPLANTE: Se produjeron tres casos puntuales en 2014.
- SUTURA: Se produjo un caso puntual en 2012.

## **EVOLUCIÓN DEL PERFIL ASISTENCIAL GENERAL Y ADICIONAL EN TODOS LOS ENTORNOS:**

Para analizar de una mejor forma los actos, a éstos los agruparemos en:

- ✓ Diagnósticos: son las radiografías, limpiezas, revisiones y educación dental.
- ✓ Preventivos: selladores y fluoraciones.
- ✓ Terapéuticos: extracciones y obturaciones.

### **ASISTENCIA GENERAL:**

<i>EMPLAZAMIENTO</i>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>PREVENTIVO</b>	<b>TERAPEÚTICO</b>
<b>RURAL</b>	<b>REVISIONES Y Rx AUMENTAN CONSIDERABLEMENTE</b>	<b>SELLADORES DISMINUYEN CONSIDERABLEMENTE</b>	<b>OBTURACIONES AUMENTAN</b>
<b>SUBURBANO</b>	<b>HAN AUMENTADO (ED SE MANTIENE). LAS RX SON LAS QUE MÁS AUMENTAN</b>	<b>SELLADORES DISMINUYEN</b>	<b>OBTURACIONES AUMENTAN</b>
<b>URBANO</b>	<b>LAS REVISIONES AUMENTAN CONSIDERABLEMENTE (MÁS QUE LAS LIMPIEZAS Y RX) ED DESCENDEN LEVEMENTE</b>	<b>FLÚOR AUMENTA LEVEMENTE. SELLADORES DISMINUYEN CONSIDERABLEMENTE</b>	<b>OBTURACIONES AUMENTAN</b>

TABLA 23.

### **ASISTENCIA ADICIONAL:**

<i>EMPLAZAMIENTO</i>	<b>ENDODONCIA</b>	<b>GRAN RECONSTRUCCIÓN</b>
<b>RURAL</b>	<b>AUMENTA DE 0,58 A 1,35</b>	<b>AUMENTA DE 0,89 A 1,07</b>
<b>SUBURBANO</b>	<b>AUMENTA DE 0,76 A 1,38</b>	<b>SE MANTIENE (0,04)</b>
<b>URBANO</b>	<b>AUMENTA DE 0,58 A 1,13</b>	<b>SE MANTIENE (0,03)</b>

TABLA 24.

En la tabla 23 podemos ver cómo el promedio tratamientos diagnóstico-preventivos realizados por cada 100 niños atendidos, esenciales en este tipo de programas, en los tres emplazamientos (rural, urbano y suburbano) han aumentado. La educación dental se mantiene en el emplazamiento rural y suburbano, a excepción del urbano donde hay un leve descenso (de 63,99 en 2010 a 59,19 en el 2015).

Respecto a los tratamientos preventivos, los selladores disminuyen en los tres tipos de emplazamiento. Por otro lado, en el ámbito suburbano disminuyen las fluoraciones, mientras que en el ámbito rural y urbano ascienden ligeramente.

Cabe destacar, que en emplazamientos urbanos, aun habiéndose producido un ligero descenso en el promedio de educación dental, (a diferencia del ámbito rural y suburbano, donde se ha mantenido), el promedio de obturaciones en 2015 es considerablemente menor que en emplazamientos suburbanos y rurales (40,45, frente a 50,38 y 53,75 respectivamente). Sin embargo, es importante señalar que en los tres tipos de emplazamientos, el promedio de obturaciones ha aumentado a lo largo de los años.

Referente a la asistencia especial, en la tabla 24 podemos ver que el promedio de niños que recibieron estos tratamientos tiende a disminuir o mantenerse, (moviéndose siempre en porcentajes muy bajos) a excepción de los tratamientos de conductos: el mayor aumento se da en el entorno rural, seguido del suburbano y del urbano. Las grandes reconstrucciones se mantienen en el suburbano y urbano, mientras que en el rural asciende ligeramente.

## **ESTUDIO DE LA ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL EN EL CONJUNTO DE AÑOS ESTUDIADOS**

A continuación, estudiaremos los tratamientos, tanto generales como adicionales, en el conjunto de los años estudiados, de 2010 a 2015.

En la tabla 25 se presenta el número total de pacientes tratados en el PADI entre los años 2010 y 2015, así como la media (M) y desviación típica (DT) en el conjunto de los años estudiados, en cada tipo de emplazamiento.

	Total	M	DT
Pacientes tratados en emplazamientos rurales	66.279	11.046,50	976,772
Pacientes tratados en emplazamientos suburbanos	58.924	9.820,67	903,293
Pacientes tratados en emplazamientos urbanos	127.850	21.308,33	2.183,909

TABLA 25.

A lo largo del período estudiado, el PADI trató a un total de 66.279 pacientes en entornos rurales, a 58.924 pacientes en entornos suburbanos, y a 127.850 pacientes en entornos urbanos. La media de pacientes tratados en entornos urbanos es prácticamente el doble que

en entornos rurales o suburbanos. Debemos interpretar los siguientes resultados teniendo este dato en cuenta.

Respecto a la asistencia general, las tablas 26, 27 y 28 presentan los totales de cada tratamiento, así como las medias (M) y desviaciones típicas (DT) de los tratamientos en los años estudiados. Se presentan también las medias y desviaciones típicas de los perfiles asistenciales de cada tratamiento.

### Estadísticos descriptivos de la asistencia general en entornos RURALES

	TRATAMIENTOS REALIZADOS								PERFIL ASISTENCIAL							
	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL
<b>Total</b>	39.338	14.728	29.608	8.981	33.559	6.094	59.026	28.953	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>M</b>	6.556,33	2.454,67	4.934,67	1.496,83	5.593,17	1.015,67	9.837,67	4.825,50	59,35	22,24	<b>44,62</b>	13,36	<b>50,33</b>	<b>9,13</b>	<b>88,70</b>	43,96
<b>DT</b>	603,247	201,087	535,599	510,281	1.044,464	1.136,709	1.482,881	421,434	1,41	0,56	1,78	3,95	6,30	10,23	7,67	5,38

ED: Educación Dental; EXT: Extracción; FLU: Fluoración; LIM: Limpieza; OBT: Obturación; RAD: Radiografía; REV: Revisión; SELL: Sellador

TABLA 26.

### Estadísticos descriptivos de la asistencia general en entornos SUBURBANOS

	TRATAMIENTOS REALIZADOS								PERFIL ASISTENCIAL							
	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL
<b>Total</b>	39.346	12.544	36.700	9.200	27.300	5.900	59.332	30.809	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>M</b>	6.557,67	2.090,67	6.116,67	1.533,33	4.550,00	983,33	9.888,67	5.134,83	66,76	21,34	<b>62,39</b>	15,39	<b>46,06</b>	<b>9,80</b>	<b>100,22</b>	52,80
<b>DT</b>	644,36	175,26	510,40	506,56	834,51	1114,17	1494,06	571,49	1,65	1,31	2,89	4,27	5,54	10,89	7,40	8,88

ED: Educación Dental; EXT: Extracción; FLU: Fluoración; LIM: Limpieza; OBT: Obturación; RAD: Radiografía; REV: Revisión; SELL: Sellador

TABLA 27.

### Estadísticos descriptivos de la asistencia general en entornos URBANOS

	TRATAMIENTOS REALIZADOS								PERFIL ASISTENCIAL							
	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL	ED	EXT	FLU	LIM	OBT	RAD	REV	SELL
<b>Total</b>	79.233	24.771	38.234	18.684	44.146	7.279	107.654	52.243	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>M</b>	13.205,50	4.128,50	6.372,33	3.114,00	7.357,67	1.213,17	1.7942,33	8.707,17	62,07	19,40	<b>29,77</b>	14,42	<b>34,28</b>	<b>5,57</b>	<b>83,91</b>	41,45
<b>DT</b>	1.244,868	452,252	979,509	834,608	1.658,597	709,263	2.615,053	580,431	2,46	1,11	1,88	2,86	5,42	2,95	5,14	7,17

ED: Educación Dental; EXT: Extracción; FLU: Fluoración; LIM: Limpieza; OBT: Obturación; RAD: Radiografía; REV: Revisión; SELL: Sellador

TABLA 28.

Si comparamos las medias (de los seis años estudiados) en los perfiles asistenciales de los distintos tratamientos generales, observamos:

- ED: en los entornos suburbanos el promedio es ligeramente superior que en entornos urbanos y rurales.
- EXT: no se observan grandes diferencias en el promedio de tratamientos realizados (por cada 100 niños atendidos) en los tres tipos de emplazamiento.

- FLU: destaca que el promedio de fluoraciones es el doble en entornos suburbanos que en urbanos.
- LIM: no se observan grandes diferencias en cuanto a los promedios de limpiezas realizadas en los distintos emplazamientos.
- OBT: si bien no se observan grandes diferencias en el promedio de obturaciones en entornos rurales y suburbanos, podemos señalar que el promedio de obturaciones en entornos urbanos a lo largo de los años estudiados es considerablemente menor.
- REV: en los tres emplazamientos el promedio de revisiones en los años estudiados es muy elevado, siendo en entornos suburbanos donde el promedio es mayor.
- SELL: cabe destacar que el promedio de sellados realizados por cada 100 niños atendidos en entornos suburbanos es mayor que en entornos rurales y urbanos.

Respecto a la asistencia adicional, en las tablas 29, 30 y 31 se detallan los totales de cada tratamiento, así como las medias (M) y desviaciones típicas (DT) de los tratamientos en los años estudiados. Se presenta también las medias y desviaciones típicas de los perfiles asistenciales de cada tratamiento.

#### Estadísticos descriptivos de la asistencia adicional en entornos RURALES

	TRATAMIENTOS REALIZADOS									PERFIL ASISTENCIAL								
	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT
<b>Total</b>	38	713	11	697	25	16	28	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>M</b>	6,33	118,83	1,83	116,17	4,17	2,67	4,67	0,33	0,00	0,06	1,06	0,02	1,05	0,04	0,03	0,05	0,00	0,00
<b>DT</b>	1,03	45,36	1,33	19,22	2,14	1,37	3,44	0,52	0,00	0,02	0,36	0,01	0,10	0,02	0,01	0,04	0,01	0,00

API: Apicectomía; END: Endodoncia; FER: Ferulización; REC: Reconstrucción; GREC: Gran Reconstrucción; PER: Perno; REC\_A: Recubrimiento pulpar; REI: Reimplante; SUT: Sutura

TABLA 29.

#### Estadísticos descriptivos de la asistencia adicional en entornos SUBURBANOS

	TRATAMIENTOS REALIZADOS									PERFIL ASISTENCIAL								
	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT
<b>Total</b>	28	585	6	541	20	8	27	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>M</b>	4,67	97,50	1,00	90,17	3,33	1,33	4,50	0,00	0,00	0,05	0,99	0,01	0,92	0,04	0,01	0,05	0,00	0,00
<b>DT</b>	2,34	31,54	1,67	18,06	1,37	1,21	3,62	0,00	0,00	0,02	0,28	0,02	0,13	0,01	0,01	0,04	0,00	0,00

API: Apicectomía; END: Endodoncia; FER: Ferulización; REC: Reconstrucción; GREC: Gran Reconstrucción; PER: Perno; REC\_A: Recubrimiento pulpar; REI: Reimplante; SUT: Sutura

TABLA 30.

#### Estadísticos descriptivos de la asistencia adicional en entornos URBANOS

	TRATAMIENTOS REALIZADOS									PERFIL ASISTENCIAL								
	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT	API	END	FER	REC	GREC	PER	REC_A	REI	SUT
<b>Total</b>	41	1112	8	1107	37	26	43	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>M</b>	6,83	185,33	1,33	184,50	6,17	4,33	7,17	0,50	0,17	0,03	0,86	0,01	0,87	0,03	0,02	0,04	0,00	0,00



<b>DT</b>	2,56	65,21	1,97	21,99	2,48	1,03	6,88	1,22	0,41	0,01	0,25	0,01	0,04	0,01	0,01	0,04	0,00	0,00
-----------	------	-------	------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

API: Apicectomía; END: Endodoncia; FER: Ferulización; REC: Reconstrucción; GREC: Gran Reconstrucción; PER: Perno; REC\_A: Recubrimiento pulpar; REI: Reimplante; SUT: Sutura

#### TABLA 31.

Si comparamos las medias en los perfiles asistenciales observamos que el perfil asistencial medio en el conjunto de años estudiados, de todos los tratamientos adicionales, prácticamente no varía entre los distintos emplazamientos.

Cabe destacar, observando los totales, que los tratamientos especiales que más se realizan, en los tres tipos de emplazamiento, son las endodoncias y las reconstrucciones. Los tratamientos especiales que menos se realizan son ferulizaciones y pernos.

4. Estudiar la asistencia general y adicional dispensada por la red asistencial, pública y privada, por cada ejercicio del programa.

En este objetivo vamos a analizar la asistencia general y especial tanto en el ámbito público como el privado, conociendo el porcentaje de la actividad asistencial desde el 2010 hasta el 2015 inclusive.

ASISTENCIA BÁSICA:

En las siguientes tablas se distingue la asistencia general y adicional dispensada por la red pública de la realizada por la red concertada durante el periodo 2010-2015 (Tablas 32, 33, 34, 35, 36 y 37).

Se observa que el total de tratamientos fue mayor en la red concertada que en la pública. Sin embargo, actos preventivo-diagnóstico como son las FLUORACIONES y SELLADORES tienen un perfil asistencial mayor en la red pública que en la privada, siendo este dato importante a la hora de evaluar el grado de conocimiento por parte de los dentistas privados a la hora de clasificar el riesgo de caries a los pacientes extremeños.

**ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED  
ASISTENCIAL PÚBLICA Y PRIVADA EN 2010**

TIPO TTO	PÚBLICA		PRIVADA		TOTAL PADIEX		% ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	PÚBLICA	PRIVADA
EDUC. DENTAL	6.107	70,70	14.454	57,00	20561	60,48	29,70	70,30
EXTRACCION	1.667	19,30	5.541	21,85	7208	21,20	23,13	76,87
FLUORACION	3.916	45,33	8.390	33,08	12306	36,20	31,82	68,18
LIMPIEZA	363	4,20	2.989	11,79	3352	9,86	10,83	89,17
OBTURACION	2.209	25,57	9.841	38,81	12050	35,44	18,33	81,67
RADIOGRAFIA	114	1,32	1.093	4,31	1207	3,55	9,44	90,56
REVISION	8.137	94,20	19.393	76,47	27530	80,98	29,56	70,44
SELLADO	6.458	74,76	12.460	49,13	18918	55,64	34,14	65,86
APICOFORM.	0	0,00	20	0,08	20	0,06	0,00	100,00
ENDODONCIA 1	0	0,00	62	0,24	62	0,18	0,00	100,00
ENDODONCIA 2	0	0,00	1	0,00	1	0,00	0,00	100,00
ENDODONCIA 3	0	0,00	153	0,60	153	0,45	0,00	100,00
FERULIZACION	0	0,00	1	0,00	1	0,00	0,00	100,00
GRAN RECONST.	0	0,00	10	0,04	10	0,03	0,00	100,00
RECONST.	0	0,00	295	1,16	295	0,87	0,00	100,00
PERNO	0	0,00	8	0,03	8	0,02	0,00	100,00
RECUBRIMIENTO	0	0,00	0	0,00	36	0,11	0,00	100,00
REIMPLANTE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
SUTURA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.	8.638		25.360		33.998		-	-

TABLA 32.

**ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED  
ASISTENCIAL PÚBLICA Y PRIVADA EN 2011**

	PÚBLICA		PRIVADA		TOTAL PADIEX		% ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
TIPO TTO	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	PÚBLICA	PRIVADA
EDUC. DENTAL	6864	72,59	17806	57,73	24670	61,22	27,82	72,18
EXTRACCION	1700	17,98	6747	21,88	8447	20,96	20,13	79,87
FLUORACION	3821	40,41	11087	35,95	14908	36,99	25,63	74,37
LIMPIEZA	331	3,50	4035	13,08	4366	10,83	7,58	92,42
OBTURACION	2115	22,37	12036	39,02	14151	35,12	14,95	85,05
RADIOGRAFIA	72	0,76	1434	4,65	1506	3,74	4,78	95,22
REVISION	8736	92,39	25534	82,79	34270	85,04	25,49	74,51
SELLADO	5728	60,58	12084	39,18	17812	44,20	32,16	67,84
APICOFORM.	0	0,00	15	0,05	15	0,04	0,00	100,00
ENDODONCIA 1	0	0,00	59	0,19	59	0,15	0,00	100,00
ENDODONCIA 2	0	0,00	7	0,02	7	0,02	0,00	100,00
ENDODONCIA 3	0	0,00	194	0,63	194	0,48	0,00	100,00
FERULIZACION	2	0,02	1	0,00	3	0,01	66,67	33,33
GRAN RECONST.	1	0,01	10	0,03	11	0,03	9,09	90,91
RECONST.	1	0,01	377	1,22	378	0,94	0,26	99,74
PERNO	0	0,00	5	0,02	5	0,01	0,00	100,00
RECUBRIMIENTO	0	0,00	29	0,09	29	0,07	0,00	100,00
REIMPLANTE	0	0,00	1	0,00	1	0,00	0,00	100,00
SUTURA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>9.456</b>		<b>30.842</b>		<b>40.298</b>		-	-

TABLA 33.

**ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED  
ASISTENCIAL PÚBLICA Y PRIVADA EN 2012**

	PÚBLICA		PRIVADA		TOTAL PADIEX		% ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
TIPO TTO	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	PÚBLICA	PRIVADA
EDUC. DENTAL	7.471	74,44	20.561	57,96	28.032	61,60	26,65	73,35
EXTRACCION	1.589	15,83	7.574	21,35	9.163	20,13	17,34	82,66
FLUORACION	4.332	43,16	13.551	38,20	17.883	39,29	24,22	75,78
LIMPIEZA	393	3,92	6.215	17,52	6.608	14,52	5,95	94,05
OBTURACION	2.254	22,46	15.769	44,45	18.023	39,60	12,51	87,49
RADIOGRAFIA	98	0,98	1.932	5,45	2.030	4,46	4,83	95,17
REVISION	9.121	90,88	31.052	87,53	40.173	88,27	22,70	77,30
SELLADO	5.556	55,36	13.249	37,35	18.805	41,32	29,55	70,45
APICOFORM.	0	0,00	13	0,04	13	0,03	0,00	100,00
ENDODONCIA 1	0	0,00	107	0,30	107	0,24	0,00	100,00
ENDODONCIA 2	0	0,00	19	0,05	19	0,04	0,00	100,00
ENDODONCIA 3	0	0,00	276	0,78	276	0,61	0,00	100,00
FERULIZACION	0	0,00	3	0,01	3	0,01	0,00	100,00
GRAN RECONST.	0	0,00	16	0,05	16	0,04	0,00	100,00

RECONST.	0	0,00	439	1,24	439	0,96	0,00	100,00
PERNO	0	0,00	6	0,02	6	0,01	0,00	100,00
RECUBRIMIENTO	0	0,00	5	0,01	5	0,01	0,00	100,00
REIMPLANTE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
SUTURA	0	0,00	1	0,00	1	0,00	0,00	0,00
<b>N° TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>10.036</b>		<b>35.474</b>		<b>45.510</b>		-	-

TABLA 34.

**ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED  
ASISTENCIAL PÚBLICA Y PRIVADA EN 2013**

TIPO TTO	PÚBLICA		PRIVADA		TOTAL PADIEX		% ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
	N° TTOS.	PERFIL	N° TTOS.	PERFIL	N° TTOS.	PERFIL	PÚBLICA	PRIVADA
EDUC. DENTAL	5.994	73,35	19.344	56,14	25.338	59,44	23,66	76,34
EXTRACCION	1.367	16,73	7.407	21,50	8.774	20,58	15,58	84,42
FLUORACION	3.754	45,94	13.151	38,17	16.905	39,66	22,21	77,79
LIMPIEZA	511	6,25	7.388	21,44	7.899	18,53	6,47	93,53
OBTURACION	1.947	23,83	17.362	50,39	19.309	45,29	10,08	89,92
RADIOGRAFIA	112	1,37	2.035	5,91	2.147	5,04	5,22	94,78
REVISION	8.048	98,48	31.439	91,24	39.487	92,63	20,38	79,62
SELLADO	4.924	60,25	13.041	37,85	17.965	42,14	27,41	72,59
APICOFORM.	0	0,00	16	0,05	16	0,04	0,00	100,00
ENDODONCIA 1	0	0,00	110	0,32	110	0,26	0,00	100,00
ENDODONCIA 2	0	0,00	26	0,08	26	0,06	0,00	100,00
ENDODONCIA 3	0	0,00	320	0,93	320	0,75	0,00	100,00
FERULIZACION	0	0,00	3	0,01	3	0,01	0,00	100,00
GRAN RECONST.	0	0,00	13	0,04	13	0,03	0,00	100,00
RECONST.	0	0,00	418	1,21	418	0,98	0,00	100,00
PERNO	0	0,00	9	0,03	9	0,02	0,00	100,00
RECUBRIMIENTO	0	0,00	7	0,02	7	0,02	0,00	100,00
REIMPLANTE	0	0,00	1	0,00	1	0,00	0,00	100,00
SUTURA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
<b>N° TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>8.172</b>		<b>34.458</b>		<b>42.630</b>		-	-

TABLA 35.

**ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED  
ASISTENCIAL PÚBLICA Y PRIVADA EN 2014**

TIPO TTO	PÚBLICA		PRIVADA		TOTAL PADIEX		% ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
	N° TTOS.	PERFIL	N° TTOS.	PERFIL	N° TTOS.	PERFIL	PÚBLICA	PRIVADA
EDUC. DENTAL	4.830	65,55	21.566	59,78	26.396	60,76	18,30	81,70
EXTRACCION	1.300	17,64	7.986	22,14	9.286	21,38	14,00	86,00
FLUORACION	3.298	44,76	13.296	36,86	16.594	38,20	19,87	80,13
LIMPIEZA	523	7,10	6.732	18,66	7.255	16,70	7,21	92,79

OBTURACION	1.490	20,22	19.161	53,11	20.651	47,54	7,22	92,78
RADIOGRAFIA	65	0,88	3.319	9,20	3.384	7,79	1,92	98,08
REVISION	6.807	92,39	34.631	96,00	41.438	95,38	16,43	83,57
SELLADO	5.046	68,49	12.685	35,16	17.731	40,81	28,46	71,54
APICOFORM.	0	0,00	21	0,06	21	0,05	0,00	100,00
ENDODONCIA 1	0	0,00	127	0,35	127	0,29	0,00	100,00
ENDODONCIA 2	0	0,00	35	0,10	35	0,08	0,00	100,00
ENDODONCIA 3	0	0,00	370	1,03	370	0,85	0,00	100,00
FERULIZACION	0	0,00	13	0,04	13	0,03	0,00	100,00
GRAN RECONST.	0	0,00	18	0,05	18	0,04	0,00	100,00
RECONST.	0	0,00	429	1,19	429	0,99	0,00	100,00
PERNO	0	0,00	12	0,03	12	0,03	0,00	100,00
RECUBRIMIENTO	0	0,00	13	0,04	13	0,03	0,00	100,00
REIMPLANTE	0	0,00	3	0,01	3	0,01	0,00	100,00
SUTURA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
<b>N° TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>7.368</b>		<b>36.075</b>		<b>43.443</b>		-	-

TABLA 36.

**ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED  
ASISTENCIAL PÚBLICA Y PRIVADA EN 2015**

TIPO TTO	PÚBLICA		PRIVADA		TOTAL PADIEX		% ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
	N° TTOS.	PERFIL	N° TTOS.	PERFIL	N° TTOS.	PERFIL	PÚBLICA	PRIVADA
EDUC. DENTAL	5227	74,95	21504	58,15	26731	60,81	19,55	80,45
EXTRACCION	976	13,99	7828	21,17	8804	20,03	11,09	88,91
FLUORACION	4070	58,36	14148	38,26	18218	41,45	22,34	77,66
LIMPIEZA	565	8,10	6693	18,10	7258	16,51	7,78	92,22
OBTURACION	1505	21,58	18591	50,27	20096	45,72	7,49	92,51
RADIOGRAFIA	46	0,66	9029	24,41	9075	20,65	0,51	99,49
REVISION	6356	91,14	35688	96,50	42044	95,65	15,12	84,88
SELLADO	5318	76,25	10641	28,77	15959	36,31	33,32	66,68
APICOFORM.	0	0,00	22	0,06	22	0,05	0,00	100,00
ENDODONCIA 1	0	0,00	114	0,31	114	0,26	0,00	100,00
ENDODONCIA 2	0	0,00	42	0,11	42	0,10	0,00	100,00
ENDODONCIA 3	0	0,00	391	1,06	391	0,89	0,00	100,00
FERULIZACION	0	0,00	2	0,01	2	0,00	0,00	100,00
GRAN RECONST.	0	0,00	14	0,04	14	0,03	0,00	100,00
RECONST.	0	0,00	400	1,08	400	0,91	0,00	100,00
PERNO	0	0,00	10	0,03	10	0,02	0,00	100,00
RECUBRIMIENTO	0	0,00	8	0,02	8	0,02	0,00	100,00
REIMPLANTE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
SUTURA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
<b>N° TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>6974</b>		<b>36983</b>		<b>43957</b>		-	-

TABLA 37.

### ASISTENCIA GENERAL:

Nos centraremos en analizar el perfil asistencial y número de los tratamientos preventivos y terapéuticos.

#### Fluoraciones:

En el año 2010 en el ámbito público, por cada 100 niños atendidos, se realizaron 45 tratamientos preventivo-diagnóstico de fluoraciones: los promedios a lo largo de los seis años estudiados han sufrido variaciones, alcanzándose 58 en el 2015. Sin embargo, en el 2010 en el ámbito concertado, por cada 100 niños atendidos en la red concertada se realizó este tipo de tratamiento un promedio de 33 veces: la tendencia es ascendente, pero muy ligeramente. En el año 2015, en el ámbito privado el promedio subió a 38,26, bastante inferior al alcanzado en el ámbito público (Tabla 38).

AÑO	PÚBLICO	PRIVADO
2010	45,33	33,08
2011	40,41	35,95
2012	43,16	38,20
2013	45,94	38,17
2014	44,76	36,86
2015	58,36	38,26

TABLA 38.

Si estudiamos el número de tratamientos de fluoraciones en el ámbito público y privado, es en el ámbito privado donde hay un mayor número de tratamientos (en el público prácticamente se mantiene el número de tratamientos, de 3.916 en 2010 a 4.070 en 2015, mientras que en el privado pasamos de 8.390 fluoraciones en 2010 a 14.148 en 2015).

#### Selladores:

Podemos observar que en el ámbito público, el promedio de selladores que se realizan por cada 100 niños atendidos es elevado (entre 2011 y 2013 se puede ver un descenso, pero que posteriormente ha remontado a 76,25 en 2015). Por el contrario, en el ámbito privado, se puede ver que la tendencia es claramente descendente (de un promedio de 49,13 en 2010 a 28,77 en el 2015) (Tabla 39).

Consideramos que este acto preventivo-diagnóstico es de vital importancia en un programa de asistencia dental infantil, en el cual el objetivo principal debe de ser mantener a los pacientes infanto-juveniles con una buena salud bucodental, utilizando para ello herramientas preventivas.

AÑO	PÚBLICO	PRIVADO
2010	74,76	49,13
2011	60,58	39,18
2012	55,36	37,35

<b>2013</b>	60,25	37,85
<b>2014</b>	68,49	35,16
<b>2015</b>	76,25	28,77

TABLA 39.

El número de selladores en el ámbito público y privado mantienen cifras más o menos constantes hasta el último año estudiado pasando de 6.458 selladores en 2010 a 5.318 en 2015 en el sector público; en el privado de 12.460 en 2010 a 10.641 en 2015.

#### Extracciones:

Podemos estudiar en este apartado cómo la tendencia en el área pública es a disminuir: en el 2010 se llevaron a cabo alrededor de 19 extracciones en promedio por cada 100 niños atendidos, pasando a 14 en el año 2015. Mientras, en el ámbito privado, el promedio se mantiene alrededor de 21 extracciones (por cada 100 niños atendidos) a lo largo de los 6 años estudiados (Tabla 40).

<b>AÑO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>PRIVADO</b>
<b>2010</b>	19,30	21,85
<b>2011</b>	17,98	21,88
<b>2012</b>	15,83	21,35
<b>2013</b>	16,73	21,50
<b>2014</b>	17,64	22,14
<b>2015</b>	13,99	21,17

TABLA 40.

El número de extracciones en el área pública es decreciente: pasamos de 1.667 exodoncias en 2010 a 976 en el año 2015. En el sector privado, aumenta de 5.541 en 2010 a 7.828 en 2015.

#### Obturaciones:

En este tipo de tratamiento, podemos ver cómo el perfil asistencial en el área de la atención primaria tiende a disminuir (en 2010 el promedio de obturaciones es de 25,27 por cada 100 niños atendidos, y desciende a 21,58 en el 2015) mientras que en el ámbito concertado es a aumentar (el promedio aumenta de 38,81 en 2010 hasta 50,27 en 2015, por cada 100 niños atendidos) (Tabla 41).

<b>AÑO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>PRIVADO</b>
<b>2010</b>	25,57	38,81
<b>2011</b>	22,37	39,02
<b>2012</b>	22,46	44,45
<b>2013</b>	23,83	50,39
<b>2014</b>	20,22	53,11
<b>2015</b>	21,58	50,27

TABLA 41.

El número de obturaciones en el sector público tiende a disminuir: pasando de 2.209 obturaciones en 2010 a 1.489 en el 2015. En cambio, en el sector privado es al contrario: pasamos de 9.841 en 2010 a 18.900 en 2015).

Mientras que en los actos preventivos los promedios son mayores en el área pública sobre el área privada, en los actos terapéuticos el mayor promedio es del ámbito concertado frente al público.

En cuando al porcentaje de actividad asistencial, podemos ver su evolución en las siguientes tablas (Tabla 42 y 43). La actividad asistencial, en este caso, hace referencia (para cada tipo de tratamiento) al porcentaje de tratamientos realizados, bien por la red pública o privada, respecto al total de tratamientos realizados. Por ejemplo, en el año 2010, el 29,7% del total de tratamientos de educación dental se realizaron en el ámbito público, mientras que el 70,3% restante se llevó a cabo en el ámbito privado.

#### **ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO:**

##### ***PÚBLICO:***

<b><i>PÚBLICO</i></b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<i>ED</i>	29,70%	27,82%	26,65%	23,66%	18,30%	19,55%
<i>EX</i>	23,13%	20,13%	17,34%	15,58%	14,00%	11,09%
<i>FL</i>	31,82%	25,63%	24,22%	22,21%	19,87%	22,34%
<i>LI</i>	10,83%	7,58%	5,95%	6,47%	7,21%	7,78%
<i>OB</i>	18,33%	14,95%	12,51%	10,08%	7,22%	7,49%
<i>RX</i>	9,44%	4,78%	4,83%	5,22%	1,92%	0,51%
<i>REV</i>	29,56%	25,49%	22,70%	20,38%	16,43%	15,12%
<i>SEL</i>	34,14%	32,16%	29,55%	27,41%	28,46%	33,32%

TABLA 42.

##### ***PRIVADO:***

<b><i>PRIVADO</i></b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<i>ED</i>	70,30%	72,18%	73,35%	76,34%	81,70%	80,45%
<i>EX</i>	76,87%	79,87%	82,66%	84,42%	86,00%	88,91%
<i>FL</i>	68,18%	74,37%	75,78%	77,79%	80,13%	77,66%
<i>LI</i>	89,17%	92,42%	94,05%	93,53%	92,79%	92,22%
<i>OB</i>	81,67%	85,05%	87,49%	89,92%	92,78%	92,51%
<i>RX</i>	90,65%	95,22%	95,17%	94,78%	98,08%	99,49%
<i>REV</i>	70,44%	74,51%	77,30%	79,62%	83,57%	84,88%
<i>SEL</i>	65,86%	67,84	70,45%	72,59%	71,54%	66,68%

TABLA 43.



Claramente podemos observar que es en el ámbito privado donde se realizan el mayor número de tratamientos dentales. En la tabla 42 observamos que la actividad asistencial de la red pública sigue una tendencia descendente para todos los tipos de tratamientos, a excepción tal vez de los selladores. De forma complementaria, la actividad asistencial de la red privada sigue una tendencia ascendente.

Los porcentajes de actividad asistencial de la red privada siempre son mayores que los de la red pública, lo cual implica que siempre se realizan mayor número de tratamientos en la red privada que en la pública.

Llama la atención el caso de las radiografías. En 2010 este es el tratamiento que menos se realiza por la red pública (menos del 10% del total de radiografías realizadas), y sigue una tendencia claramente descendente hasta casi suprimirse en 2015 (tan solo se realizaron en la red pública el 0,51% del total de radiografías realizadas).

En el caso de las obturaciones también se ha producido un descenso acusado en la actividad asistencial de la red pública. Mientras que en 2010, se realizaban alrededor del 18% de obturaciones en el ámbito público, en 2015 tan solo se realiza el 7,5% del total de obturaciones, siendo por tanto, el segundo tratamiento que menos se realiza en la red pública.

Aunque con un descenso menos pronunciado, el porcentaje de limpiezas realizadas en el ámbito público es bastante reducido (en 2015 únicamente se realiza el 7,8% de limpiezas en el ámbito público, mientras que en el privado se realizan algo más del 92%).

#### ASISTENCIA ESPECIAL:

Lo habitual es que la realización de tratamientos especiales se lleve a cabo por odontólogos concertados al programa (la única excepción se contempla en 2011 en el ámbito público, de 2 ferulizaciones y 2 reconstrucciones).

Podemos decir, en líneas generales, que la mayoría de los tratamientos se han mantenido o no han sufrido cambios importantes a lo largo de los seis años estudiados, a excepción de los tratamientos endodónticos:

Podemos diferenciar en este objetivo, el tipo de endodoncia realizada (Tabla 44):

AÑO	GRUPO I-C	PREMOLARES	MOLARES	RECONSTRUCCIONES
2010	0,24	0	0,60	1,16
2011	0,19	0,02	0,63	1,22
2012	0,30	0,05	0,78	1,24
2013	0,32	0,08	0,93	1,21
2014	0,35	0,10	1,03	1,19
2015	0,31	0,11	1,06	1,08

TABLA 44.

Los datos arrojados en esta tabla nos parecen de gran interés, ya que podemos estudiar el promedio de tratamientos endodónticos realizados (por cada 100 niños atendidos) según qué pieza esté afectada. Como podemos observar, los mayores promedios se encuentran en el grupo de molares, seguido del grupo incisivo-canino, quedando en último lugar los premolares.

5. Analizar la asistencia dental general y adicional en el PADIex según la edad de los pacientes y el año de ejercicio.

En este apartado vamos a estudiar el perfil y actividad asistencial de los tratamientos básicos y especiales agrupados por edades.

PERFIL ASISTENCIAL:

En las siguientes tablas (Tabla 45, 46, 47, 48, 49 y 50) aparecen los perfiles asistenciales de los tratamientos básicos y especiales agrupados por edades.

**ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2010**

TIPO TTO	5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS		9 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	1	20	3.177	68,86	3.399	63,63	3.391	63,75	3.312	63,18
EXT.	0	0	666	14,43	910	17,03	925	17,39	1.028	19,61
FLU.	0	0	1.419	30,75	2.084	39,01	2.186	41,10	2.349	44,81
LIM.	0	0	221	4,79	387	7,24	498	9,36	591	11,27
OBT.	0	0	842	18,25	1.449	27,12	1.805	33,93	2.018	38,50
RAD.	0	0	112	2,43	173	3,24	242	4,55	221	4,22
REV.	5	100	3.652	79,15	4.297	80,44	4.306	80,96	4.270	81,46
SELL.	0	0	1.832	39,71	5.159	96,57	4.212	79,19	2.907	55,46
API.	0	0	1	0,02	0	0,00	6	0,11	4	0,08
END.	0	0	0	0,00	1	0,02	16	0,30	19	0,36
FER.	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REC.	0	0	0	0,00	15	0,28	41	0,77	52	0,99
GREC.	0	0	0	0,00	0	0,00	2	0,04	0	0,00
PER.	0	0	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00
REC.	0	0	0	0,00	0	0,00	2	0,04	6	0,11
REI.	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL NIÑOS ATEND.</b>	<b>5</b>		<b>4.614</b>		<b>5.342</b>		<b>5.319</b>		<b>5.242</b>	

TABLA 45.1

TIPO TTO	10 AÑOS		11 AÑOS		12 AÑOS		TOTAL PADIEX	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	3.105	61,82	2.972	61,42	2.656	59,89	22.013	63,22
EXT.	1.320	26,28	1.406	29,06	1.114	25,12	7.369	21,16
FLU.	2.124	42,29	2.025	41,85	1.844	41,58	14.031	40,30
LIM.	563	11,21	579	11,97	550	12,40	3.389	9,73
OBT.	1.913	38,08	2.079	42,96	2.170	48,93	12.276	35,26
RAD.	163	3,25	161	3,33	136	3,07	1.208	3,47
REV.	4.082	81,27	3.807	78,67	3.398	76,62	27.817	79,89

SELL.	1.881	37,45	2.109	43,58	1.959	44,17	2.0059	57,61
API.	5	0,10	2	0,04	2	0,05	20	0,06
END.	45	0,90	58	1,20	77	1,74	216	0,62
FER.	1	0,02	0	0,00	0	0,00	1	0,00
REC.	80	1,59	56	1,16	51	1,15	295	0,85
GREC.	1	0,02	5	0,10	2	0,05	10	0,03
PER.	3	0,06	1	0,02	3	0,07	8	0,02
REC.	10	0,20	12	0,25	6	0,14	36	0,10
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL NIÑOS ATEND.</b>	<b>5.023</b>		<b>4.839</b>		<b>4.435</b>		<b>34.819</b>	

TABLA 45.2

### ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2011

TIPO TTO	5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	5	71,43	3.470	69,26	3.565	63,54
EXT.	0	0,00	728	14,53	962	17,14
FLU.	2	28,57	1.535	30,64	2.130	37,96
LIM.	0	0,00	286	5,71	437	7,79
OBT.	4	57,14	1.133	22,61	1.550	27,62
RAD.	0	0,00	112	2,24	181	3,23
REV.	7	100,00	4.251	84,85	4.781	85,21
SELL.	0	0,00	1.838	36,69	4.317	76,94
API.	0	0,00	0	0,00	1	0,02
END.	0	0,00	0	0,00	1	0,02
FER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REC.	0	0,00	3	0,06	16	0,29
GREC.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REC.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL NIÑOS ATEND.</b>	<b>7</b>		<b>5.010</b>		<b>5.611</b>	

TABLA 46.1

TIPO TTO	8 AÑOS		9 AÑOS		10 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	3.368	61,44	3.427	63,66	3.245	61,90
EXT.	994	18,13	1.062	19,73	1.293	24,67
FLU.	2.377	43,36	2.330	43,28	2.338	44,60
LIM.	508	9,27	591	10,98	644	12,29
OBT.	1.879	34,28	2.000	37,15	1.720	32,81
RAD.	252	4,60	250	4,64	178	3,40
REV.	4.658	84,97	4.628	85,97	4.357	83,12
SELL.	3.957	72,18	2.433	45,20	1.823	34,78

API.	5	0,09	4	0,07	2	0,04
END.	6	0,11	22	0,41	29	0,55
FER.	2	0,04	0	0,00	1	0,02
REC.	52	0,95	67	1,24	73	1,39
GREC.	1	0,02	2	0,04	3	0,06
PER.	0	0,00	1	0,02	0	0,00
REC.	2	0,04	6	0,11	1	0,02
REI.	0	0,00	0	0,00	1	0,02
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL NIÑOS ATEND.</b>	<b>5.482</b>		<b>5.383</b>		<b>5.242</b>	

TABLA 46.2

TIPO TTO	11 AÑOS		12 AÑOS		13 AÑOS		TOTAL PAIDEX	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	3.296	63,12	2.871	61,12	2.706	61,19	25.953	63,18
EXT.	1.517	29,05	1.142	24,31	848	19,18	8.546	20,81
FLU.	2.183	41,80	1.929	41,07	1.760	39,80	16.584	40,37
LIM.	698	13,37	633	13,48	596	13,48	4.393	10,69
OBT.	1.832	35,08	1.807	38,47	2.353	53,21	14.278	34,76
RAD.	188	3,60	177	3,77	169	3,82	1.507	3,67
REV.	4.335	83,01	3.953	84,16	3.549	80,26	34.519	84,04
SELL.	1.552	29,72	1.521	32,38	1.435	32,45	18.876	45,95
API.	0	0,00	3	0,06	0	0,00	15	0,04
END.	60	1,15	55	1,17	87	1,97	260	0,63
FER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,01
REC.	73	1,40	53	1,13	41	0,93	378	0,92
GREC.	3	0,06	0	0,00	2	0,05	11	0,03
PER.	1	0,02	0	0,00	3	0,07	5	0,01
REC.	7	0,13	5	0,11	8	0,18	29	0,07
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL NIÑOS ATEND.</b>	<b>5.222</b>		<b>4.697</b>		<b>4.422</b>		<b>41.076</b>	

TABLA 46.3

### ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2012

TIPO TTO	5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	1	50,00	3.664	71,62	3.740	65,43	3.529	63,21
EXT.	0	0,00	707	13,82	1.009	17,65	1.010	18,09
FLU.	0	0,00	1.560	30,49	2.315	40,50	2.575	46,12
LIM.	0	0,00	402	7,86	629	11,00	752	13,47
OBT.	0	0,00	1.300	25,41	1.724	30,16	1.995	35,73
RAD.	0	0,00	147	2,87	165	2,89	299	5,36

REV.	2	100,00	4.440	86,79	5.097	89,17	4.989	89,36
SELL.	0	0,00	1.728	33,78	4.325	75,66	3.959	70,91
API.	0	0,00	0	0,00	2	0,03	0	0,00
END.	0	0,00	0	0,00	4	0,07	8	0,14
FER.	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00
REC.	0	0,00	5	0,10	18	0,31	53	0,95
GREC.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
REC.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL NIÑOS ATEND.</b>	<b>2</b>		<b>5.116</b>		<b>5.716</b>		<b>5.583</b>	

TABLA 47.1

TIPO TTO	9 AÑOS		10 AÑOS		11 AÑOS		12 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	3.443	62,98	3.335	63,23	3.220	61,39	3.068	61,36
EXT.	1.093	19,99	1.284	24,35	1.495	28,50	1.289	25,78
FLU.	2.591	47,39	2.396	45,43	2.428	46,29	2.024	40,48
LIM.	740	13,54	831	15,76	829	15,81	837	16,74
OBT.	2.002	36,62	1.739	32,97	1.859	35,44	2.166	43,32
RAD.	280	5,12	262	4,97	251	4,79	212	4,24
REV.	4.878	89,23	4.701	89,14	4.527	86,31	4.273	85,46
SELL.	2.609	47,72	1.714	32,50	1.511	28,81	1.319	26,38
API.	3	0,05	3	0,06	1	0,02	1	0,02
END.	22	0,40	27	0,51	52	0,99	67	1,34
FER.	1	0,02	0	0,00	0	0,00	1	0,02
REC.	88	1,61	65	1,23	52	0,99	61	1,22
GREC.	0	0,00	1	0,02	1	0,02	4	0,08
PER.	0	0,00	1	0,02	0	0,00	1	0,02
REC.	2	0,04	2	0,04	0	0,00	0	0,00
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL NIÑOS ATEND.</b>	<b>5.467</b>		<b>5.274</b>		<b>5.245</b>		<b>5.000</b>	

TABLA 47.2

TIPO TTO	13 AÑOS		14 AÑOS		TOTAL PADIEX	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	2.724	59,71	2.574	59,74	29.298	72,24
EXT.	831	18,22	524	12,16	9.242	22,79
FLU.	1.834	40,20	1.722	39,96	19.445	47,94
LIM.	786	17,23	844	19,59	6.650	16,40
OBT.	2.309	50,61	3.048	70,74	18.142	44,73
RAD.	216	4,73	198	4,60	2.030	5,01
REV.	3.958	86,76	3.625	84,13	40.490	99,83
SELL.	1.529	33,52	1.346	31,24	20.040	49,41

API.	1	0,02	2	0,05	13	0,03
END.	90	1,97	132	3,06	402	0,99
FER.	0	0,00	0	0,00	3	0,01
REC.	41	0,90	56	1,30	439	1,08
GREC.	3	0,07	7	0,16	16	0,04
PER.	1	0,02	2	0,05	6	0,01
REC.	0	0,00	1	0,02	5	0,01
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	1	0,02	0	0,00	1	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>4.562</b>		<b>4.309</b>		<b>46.274</b>	

TABLA 47.3

### ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2013

TIPO TTO	5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	1	100,00	2.535	71,17	3.275	64,61	3.177	62,00
EXT.	0	0,00	610	17,13	987	19,47	994	19,40
FLU.	0	0,00	1.174	32,96	1.989	39,24	2.314	45,16
LIM.	0	0,00	377	10,58	638	12,59	759	14,81
OBT.	0	0,00	983	27,60	1.735	34,23	1.912	37,31
RAD.	0	0,00	122	3,43	216	4,26	298	5,82
REV.	1	100,00	3.197	89,75	4.909	96,84	4.887	95,37
SELL.	0	0,00	1.280	35,93	3.777	74,51	3.561	69,50
API.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04
END.	0	0,00	1	0,03	0	0,00	7	0,14
FER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,06
REC.	0	0,00	3	0,08	16	0,32	74	1,44
GREC.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REC.	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>1</b>		<b>3.562</b>		<b>5.069</b>		<b>5.124</b>	

TABLA 48.1

TIPO TTO	9 AÑOS		10 AÑOS		11 AÑOS		12 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	3.055	61,89	2.947	60,95	2.829	61,54	2.482	58,09
EXT.	953	19,31	1.320	27,30	1.416	30,80	1.102	25,79
FLU.	2.318	46,96	2.210	45,71	2.024	44,03	1.814	42,45
LIM.	881	17,85	878	18,16	896	19,49	868	20,31
OBT.	1.827	37,01	1.727	35,72	1.711	37,22	1.887	44,16
RAD.	270	5,47	270	5,58	209	4,55	192	4,49
REV.	4.644	94,08	4.523	93,55	4.140	90,06	3.871	90,59
SELL.	2.350	47,61	1.639	33,90	1.335	29,04	1.384	32,39

API.	3	0,06	6	0,12	2	0,04	2	0,05
END.	17	0,34	24	0,50	44	0,96	59	1,38
FER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REC.	67	1,36	65	1,34	33	0,72	39	0,91
GREC.	0	0,00	0	0,00	2	0,04	0	0,00
PER.	0	0,00	0	0,00	2	0,04	1	0,02
REC.	0	0,00	0	0,00	3	0,07	0	0,00
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>4.936</b>		<b>4.835</b>		<b>4.597</b>		<b>4.273</b>	

TABLA 48.2

TIPO TTO	13 AÑOS		14 AÑOS		15 AÑOS		TOTAL PADIEX	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	2.391	58,16	2.195	58,86	1.806	58,09	26.693	61,58
EXT.	815	19,82	410	10,99	259	8,33	8.866	20,45
FLU.	1.725	41,96	1.515	40,63	1.359	43,71	18.442	42,55
LIM.	899	21,87	906	24,30	842	27,08	7.944	18,33
OBT.	2.295	55,83	2.545	68,25	2.858	91,93	19.480	44,94
RAD.	217	5,28	188	5,04	167	5,37	2.149	4,96
REV.	3.578	87,03	3.347	89,76	2.796	89,93	39.893	92,03
SELL.	1.291	31,40	1.244	33,36	999	32,13	18.860	43,51
API.	1	0,02	0	0,00	0	0,00	16	0,04
END.	89	2,16	93	2,49	122	3,92	456	1,05
FER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,01
REC.	44	1,07	36	0,97	41	1,32	418	0,96
GREC.	0	0,00	6	0,16	5	0,16	13	0,03
PER.	1	0,02	3	0,08	2	0,06	9	0,02
REC.	0	0,00	1	0,03	2	0,06	7	0,02
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>4.111</b>		<b>3.729</b>		<b>3.109</b>		<b>43.346</b>	

TABLA 48.3

### ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2014

TIPO TTO	5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	3	60,00	2.661	69,24	3.306	66,76	3.268	63,35
EXT.	0	0,00	717	18,66	1.044	21,08	1.016	19,69
FLU.	3	60,00	1.153	30,00	1.861	37,58	2.247	43,55
LIM.	1	20,00	324	8,43	517	10,44	705	13,67
OBT.	4	80,00	1.197	31,15	1.803	36,41	2.252	43,65
RAD.	0	0,00	383	9,97	509	10,28	581	11,26



REV.	5	100,00	3.540	92,12	4.770	96,32	5.039	97,67
SELL.	0	0,00	1.216	31,64	3.560	71,89	3.526	68,35
API.	0	0,00	0	0,00	1	0,02	7	0,14
END.	0	0,00	0	0,00	2	0,04	11	0,21
FER.	0	0,00	0	0,00	2	0,04	1	0,02
REC.	0	0,00	1	0,03	22	0,44	46	0,89
GREC.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,08
PER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
REC.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,08
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>5</b>		<b>3.843</b>		<b>4.952</b>		<b>5.159</b>	

TABLA 49.1

TIPO TTO	9 AÑOS		10 AÑOS		11 AÑOS		12 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	3.086	62,75	2.979	61,87	2.836	59,81	2.666	60,60
EXT.	1.069	21,74	1.310	27,21	1.486	31,34	1.187	26,98
FLU.	2.232	45,38	2.018	41,91	2.053	43,29	1.849	42,03
LIM.	726	14,76	784	16,28	827	17,44	847	19,25
OBT.	1.847	37,56	1.702	35,35	1.650	34,80	1.975	44,90
RAD.	445	9,05	278	5,77	267	5,63	252	5,73
REV.	4.898	99,59	4.552	94,54	4.507	95,04	4.125	93,77
SELL.	2.372	48,23	1.751	36,37	1.238	26,11	1.327	30,17
API.	6	0,12	3	0,06	1	0,02	2	0,05
END.	23	0,47	39	0,81	48	1,01	77	1,75
FER.	2	0,04	1	0,02	2	0,04	2	0,05
REC.	64	1,30	64	1,33	52	1,10	51	1,16
GREC.	1	0,02	3	0,06	2	0,04	2	0,05
PER.	1	0,02	2	0,04	1	0,02	3	0,07
REC.	3	0,06	1	0,02	2	0,04	0	0,00
REI.	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>4.918</b>		<b>4.815</b>		<b>4.742</b>		<b>4.399</b>	

TABLA 49.2

TIPO TTO	13 AÑOS		14 AÑOS		15 AÑOS		TOTAL PADIEX	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	2.439	60,64	2.346	60,67	1.953	58,60	27.543	62,52
EXT.	762	18,95	486	12,57	255	7,65	9.332	21,18
FLU.	1.617	40,20	1.517	39,23	1.344	40,32	17.894	40,62
LIM.	814	20,24	877	22,68	892	26,76	7.314	16,60
OBT.	2.261	56,22	3.001	77,61	3.054	91,63	20.746	47,09
RAD.	241	5,99	229	5,92	200	6,00	3.385	7,68
REV.	3.631	90,28	3.641	94,16	3.056	91,69	41.764	94,80
SELL.	1.299	32,30	1.338	34,60	805	24,15	18.432	41,84

API.	0	0,00	1	0,03	0	0,00	21	0,05
END.	88	2,19	126	3,26	118	3,54	532	1,21
FER.	0	0,00	0	0,00	3	0,09	13	0,03
REC.	39	0,97	45	1,16	45	1,35	429	0,97
GREC.	0	0,00	2	0,05	4	0,12	18	0,04
PER.	1	0,02	2	0,05	1	0,03	12	0,03
REC.	2	0,05	1	0,03	0	0,00	13	0,03
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,01
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>4.022</b>		<b>3.867</b>		<b>3.333</b>		<b>44.055</b>	

TABLA 49.3

### ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2015

TIPO TTO	5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	1	50,00	2.375	65,64	3.274	65,34	3.220	62,99
EXT.	1	50,00	582	16,09	998	19,92	982	19,21
FLU.	0	0,00	1.189	32,86	1.969	39,29	2.321	45,40
LIM.	0	0,00	260	7,19	477	9,52	651	12,73
OBT.	0	0,00	1.112	30,74	1.762	35,16	2.129	41,65
RAD.	0	0,00	1.058	29,24	1.158	23,11	1.425	27,88
REV.	2	100,00	3.513	97,10	4.987	99,52	4.968	97,18
SELL.	0	0,00	1.283	35,46	3.155	62,96	3.121	61,05
API.	0	0,00	0	0,00	3	0,06	1	0,02
END.	0	0,00	0	0,00	1	0,02	6	0,12
FER.	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,02
REC.	0	0,00	0	0,00	31	0,62	52	1,02
GREC.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REC.	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>2</b>		<b>3.618</b>		<b>5.011</b>		<b>5.112</b>	

TABLA 50.1

TIPO TTO	9 AÑOS		10 AÑOS		11 AÑOS		12 AÑOS	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	2.997	59,58	2.892	60,91	2.782	59,73	2.523	57,72
EXT.	1.040	20,68	1.240	26,12	1.308	28,08	1.209	27,66
FLU.	2.211	43,96	2.144	45,16	1.984	42,59	1.864	42,64
LIM.	769	15,29	811	17,08	809	17,37	832	19,03
OBT.	1.991	39,58	1.653	34,81	1.663	35,70	1.916	43,83
RAD.	1.186	23,58	757	15,94	647	13,89	579	13,25
REV.	4.927	97,95	4.683	98,63	4.412	94,72	4.113	94,10
SELL.	2.035	40,46	1.272	26,79	1.183	25,40	1.011	23,13

API.	6	0,12	6	0,13	2	0,04	2	0,05
END.	29	0,58	37	0,78	56	1,20	77	1,76
FER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REC.	58	1,15	66	1,39	54	1,16	37	0,85
GREC.	2	0,04	0	0,00	5	0,11	2	0,05
PER.	0	0,00	1	0,02	4	0,09	1	0,02
REC.	2	0,04	1	0,02	2	0,04	0	0,00
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>5.030</b>		<b>4.748</b>		<b>4.658</b>		<b>4.371</b>	

TABLA 50.2

TIPO TTO	13 AÑOS		14 AÑOS		15 AÑOS		TOTAL PADIEX	
	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL	Nº TTOS.	PERFIL
ED.	2.393	57,91	2.311	60,23	2.039	58,37	26.807	60,85
EXT.	773	18,71	457	11,91	234	6,70	8.824	20,03
FLU.	1.619	39,18	1.577	41,10	1.477	42,28	18.355	41,66
LIM.	893	21,61	854	22,26	909	26,02	7.265	16,49
OBT.	2.193	53,07	2.683	69,92	3.197	91,53	20.299	46,08
RAD.	608	14,71	766	19,96	891	25,51	9.075	20,60
REV.	3.858	93,37	3.451	89,94	3.160	90,47	42.074	95,50
SELL.	1.167	28,24	1090	28,41	795	22,76	16.112	36,57
API.	1	0,02	0	0,00	1	0,03	22	0,05
END.	88	2,13	109	2,84	144	4,12	547	1,24
FER.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,00
REC.	45	1,09	26	0,68	31	0,89	400	0,91
GREC.	1	0,02	2	0,05	2	0,06	14	0,03
PER.	0	0,00	2	0,05	2	0,06	10	0,02
REC.	1	0,02	0	0,00	1	0,03	8	0,02
REI.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUT.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Nº TOTAL DE NIÑOS ATEND.</b>	<b>4.132</b>		<b>3.837</b>		<b>3.493</b>		<b>44.012</b>	

TABLA 50.3

### PERFIL ASISTENCIAL:

#### PACIENTES DE 6 AÑOS

Edad principal de estudio, por ser la edad con la que entran en el programa. Podemos observar cómo, por cada 100 niños de 6 años atendidos, el promedio de obturaciones realizadas asciende desde el 2010 al 2015: de un promedio de 18,25 en 2010 a un promedio de 30,74 en 2015. El promedio de tratamientos de extracción realizados ascendió ligeramente de 14,43 en 2010 a 16,09 en 2015. Los selladores, como hemos visto en

anteriores apartados, sufren un descenso de 39,71 a un 35,46. El flúor aumenta ligeramente: de 30,75 tratamientos realizados en promedio a 32,86; y las radiografías, de 2,43% a 29,24. Aunque en 2010 y 2015 no se realizan ni endodoncias ni reconstrucciones, hay casos puntuales de endodoncias en 2013 (perfil asistencial de 0,03, que implica 1 caso) y de reconstrucción entre 2011 y 2014 (Tabla 51).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	68,86	69,26	71,62	71,17	69,24	65,64
EXTRACCIONES	14,43	14,53	13,82	17,13	18,66	16,09
FLUORACIÓN	30,75	30,64	30,49	32,96	30,00	32,86
LIMPIEZA	4,79	5,71	7,86	10,58	8,43	7,19
OBTURACIÓN	18,25	22,61	25,41	27,60	31,15	30,74
RADIOGRAFÍA	2,43	2,24	2,87	3,43	9,97	29,24
REVISIÓN	79,15	84,85	86,79	89,75	92,12	97,10
SELLADORES	39,71	36,69	33,78	35,93	31,64	35,46
APICOFORMACIÓN	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ENDODONCIA	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00
FERULIZACIÓN	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
RECONSTRUCCIÓN	0,00	0,06	0,10	0,08	0,03	0,00
GRAN RECO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PERNO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECUBRIMIENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
REIMPLANTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 51.

### PACIENTES DE 7 AÑOS

En esta edad podemos analizar cómo el promedio tratamientos de obturación realizados (por cada 100 niños de 7 años atendidos) aumentó de 27,12 en el 2010 a 35,16 en el 2015. El promedio de tratamiento de extracciones ascendió ligeramente, de 17,03 a 19,92. En referencia a los tratamientos preventivos podemos observar cómo las fluoraciones se mantienen, las radiografías aumentan (de 3,24 a 23,11 en promedio) y los selladores descienden considerablemente (de 96,57 en 2010 a 62,96 en 2015). En esta edad, los tratamientos especiales son muy escasos: las reconstrucciones aumentan ligeramente (de un promedio de 0,28, por cada 100 niños, a un promedio de 0,62) y la endodoncia tiene promedios muy bajos (0,02) (Tabla 52).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	63,63	63,54	65,43	64,61	66,76	65,34
EXTRACCIONES	17,03	17,14	17,65	19,47	21,08	19,92
FLUORACIÓN	39,01	37,96	40,50	39,24	37,58	39,29
LIMPIEZA	7,24	7,79	11,00	12,59	10,44	9,52
OBTURACIÓN	27,12	27,62	30,16	34,23	36,41	35,16
RADIOGRAFÍA	3,24	3,23	2,89	4,26	10,28	23,11
REVISIÓN	80,44	85,21	89,17	96,84	96,32	99,52
SELLADORES	96,57	76,94	75,66	74,51	71,89	62,96

APICOFORMACIÓN	0,00	0,02	0,03	0,00	0,02	0,06
ENDODONCIA	0,02	0,02	0,07	0,00	0,04	0,02
FERULIZACIÓN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,02
RECONSTRUCCIÓN	0,28	0,29	0,31	0,32	0,44	0,62
GRAN RECO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PERNO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECUBRIMIENTO	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,02
REIMPLANTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 52.

### PACIENTES DE 8 AÑOS

En esta edad vemos cómo el promedio de tratamientos de obturación realizados, por cada 100 niños de 8 años atendidos, aumentó de un 33,93 en 2010 a 41,65 en 2015. Los promedios de tratamientos de extracción aumentaron ligeramente, de 17,39 en 2010 a 19,21 en 2015. Respecto a los tratamientos preventivos, el promedio de fluoraciones asciende ligeramente de 41,10 a 45,40. El promedio de selladores desciende de 79,19 en 2010 a 61,05 en 2015 y las radiografías aumentan de 4,55 a 27,88. En cuanto a los tratamientos especiales podemos observar cómo el promedio tratamiento de conductos realizados con esta edad ha descendido de 0,30 (16 casos) en 2010 a 0,12 (6 casos) en 2015. Los promedios respecto a las reconstrucciones también son muy bajos, aunque aumentaron del 2010 al 2015 (de un 0,77 a un 1,02) (Tabla 53).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	63,75	61,44	63,21	62,00	63,35	62,99
EXTRACCIONES	17,39	18,13	18,09	19,40	19,69	19,21
FLUORACIÓN	41,10	43,36	46,12	45,16	43,55	45,40
LIMPIEZA	9,36	9,27	13,47	14,81	13,67	12,73
OBTURACIÓN	33,93	34,28	35,73	37,31	43,65	41,65
RADIOGRAFÍA	4,55	4,60	5,36	5,82	11,26	27,88
REVISIÓN	80,96	84,97	89,36	95,37	97,67	97,18
SELLADORES	79,19	72,18	70,91	69,50	68,35	61,05
APICOFORMACIÓN	0,11	0,09	0,00	0,04	0,14	0,02
ENDODONCIA	0,30	0,11	0,14	0,14	0,21	0,12
FERULIZACIÓN	0,00	0,04	0,00	0,06	0,02	0,02
RECONSTRUCCIÓN	0,77	0,95	0,95	1,44	0,89	1,02
GRAN RECO	0,04	0,02	0,00	0,00	0,08	0,00
PERNO	0,02	0,00	0,02	0,00	0,02	0,00
RECUBRIMIENTO	0,04	0,04	0,0	0,00	0,08	0,00
REIMPLANTE	0,00	0,00	0,00	0,02	0,04	0,00
SUTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 53.

### PACIENTES DE 9 AÑOS

En pacientes con edad de nueve años podemos observar cómo el promedio de tratamientos de obturación realizados (por cada 100 niños atendidos de dicha edad) se mantiene prácticamente constante a lo largo de los 6 años estudiados, pasando de 38,50 en 2010 a 39,58 en 2015. Hasta ahora, ningún grupo estudiado presentaba una línea uniforme en este tratamiento. Lo mismo ocurre con los promedios de tratamientos de extracción: pasa de 19,61 en 2010 a 20,68 en 2015. Respecto a los tratamientos preventivos, seguimos la misma línea que en los tratamientos terapéuticos: las fluoraciones se mantienen prácticamente (de 44,81 a 43,96), los selladores desciende (de 55,46 en 2010 a 40,46 en 2015) y las radiografías aumentan (de 4,22% a 23,58). En cuanto a los tratamientos especiales, observamos que el promedio de tratamientos de conductos con esta edad ascendió ligeramente de 0,36% (19 casos) en 2010 a 0,58 (29 casos) en 2015. Los promedios respecto a las reconstrucciones también son muy bajos, aunque aumentaron del 2010 al 2015 (de 0,99 a 1,15) (Tabla 54).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	63,18	63,66	62,98	61,89	62,75	59,58
EXTRACCIONES	19,61	19,73	19,99	19,31	21,74	20,68
FLUORACIÓN	44,81	43,28	47,39	46,96	45,38	43,96
LIMPIEZA	11,27	10,98	13,54	17,85	14,76	15,29
OBTURACIÓN	38,50	37,15	36,62	37,01	37,56	39,58
RADIOGRAFÍA	4,22	4,64	5,12	5,47	9,05	23,58
REVISIÓN	81,46	85,97	89,23	94,08	99,59	97,95
SELLADORES	55,46	45,20	47,72	47,61	48,23	40,46
APICOFORMACIÓN	0,08	0,07	0,05	0,06	0,12	0,12
ENDODONCIA	0,36	0,41	0,40	0,34	0,47	0,58
FERULIZACION	0,00	0,00	0,02	0,00	0,04	0,00
RECONSTRUCCION	0,99	1,24	1,61	1,36	1,30	1,15
GRAN RECO	0,00	0,04	0,00	0,00	0,02	0,04
PERNO	0,00	0,02	0,00	0,00	0,02	0,00
RECUBRIMIENTO	0,11	0,11	0,04	0,00	0,06	0,04
REIMPLANTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 54.

### PACIENTES DE 10 AÑOS

En pacientes con edad de diez años podemos observar cómo el promedio de tratamientos de obturación realizados comienza a descender a lo largo de los 6 años estudiados, pasando de 38,08 en 2010 a 34,81 tratamientos, por cada 100 niños atendidos de dicha edad, en 2015. Hasta ahora, ningún grupo estudiado presentaba un descenso en este tratamiento. Los promedios de tratamientos de extracción se mantienen constantes, pasando de 26,28 en 2010 a 26,12 en 2015. Respecto a los tratamientos preventivos: las fluoraciones ascienden ligeramente, pasando de 42,29 a 45,16 tratamientos de este tipo realizados por cada 100 niños atendidos; los selladores descienden de 37,45 en 2010 a 26,79 en 2015; y las radiografías aumentan de 3,25 a 15,94. En cuanto a los tratamientos especiales podemos

analizar cómo el promedio de tratamiento de conductos con esta edad desciende ligeramente de 0,90 (45 casos) en 2010 a 0,78 (37 casos) en 2015. Los promedios respecto a las reconstrucciones también son muy bajos, descendiendo del 2010 al 2015 (de 1,59 a 1,39) (Tabla 55).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	61,82	61,90	63,23	60,95	61,87	60,91
EXTRACCIONES	26,28	24,67	24,35	27,30	27,21	26,12
FLUORACIÓN	42,29	44,60	45,43	45,71	41,91	45,16
LIMPIEZA	11,21	12,29	15,76	18,16	16,28	17,08
OBTURACIÓN	38,08	32,81	32,97	35,72	35,35	34,81
RADIOGRAFÍA	3,25	3,40	4,97	5,58	5,77	15,94
REVISIÓN	81,27	83,12	89,14	93,55	94,54	98,63
SELLADORES	37,45	34,78	32,50	33,90	36,37	26,79
APICOFORMACIÓN	0,10	0,04	0,06	0,12	0,06	0,13
ENDODONCIA	0,90	0,55	0,51	0,50	0,81	0,78
FERULIZACION	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	0,00
RECONSTRUCCION	1,59	1,39	1,23	1,34	1,33	1,39
GRAN RECO	0,02	0,06	0,02	0,00	0,06	0,00
PERNO	0,06	0,00	0,02	0,00	0,04	0,02
RECUBRIMIENTO	0,20	0,02	0,04	0,00	0,02	0,02
REIMPLANTE	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
SUTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 55.

### PACIENTES DE 11 AÑOS

En pacientes con edad de once años podemos observar cómo el perfil asistencial del tratamiento de obturación desciende a lo largo de los 6 años estudiados, pasando de un 42,96 en 2010 a 35,70 obturaciones, por cada 100 niños atendidos de 11 años, en 2015. Podemos decir, que a medida que las edades aumentan, los promedios en este tipo de tratamientos comienzan a descender. Respecto al promedio de tratamientos de extracción, desciende ligeramente, pasando de 29,06 en 2010 a un 28,08 en 2015. Respecto a los tratamientos preventivos: las fluoraciones ascienden muy levemente (pasando de 41,85 a un 42,59), los selladores descienden (de 43,58 en 2010 a 25,40 en 2015) y las radiografías aumentan (de 3,33% a 13,89%). En cuanto a los tratamientos especiales podemos ver cómo el promedio tratamiento de conductos con esta edad se mantiene constante con un 1,20 (56 casos) entre 2010 y 2015 (con perfiles más bajos en los años comprendidos). Los promedios respecto a las reconstrucciones también son muy bajos, manteniéndose en 1,16 desde el 2010 al 2015 (igual que las endodoncias, con perfiles más bajos en el tramo de años comprendidos) (Tabla 56).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	61,42	63,12	61,39	61,54	59,81	59,73
EXTRACCIONES	29,06	29,05	28,50	30,80	31,34	28,08
FLUORACIÓN	41,85	41,80	46,29	44,03	43,29	42,59

LIMPIEZA	11,97	13,37	15,81	19,49	17,44	17,37
OBTURACIÓN	42,96	35,08	35,44	37,22	34,80	35,70
RADIOGRAFÍA	3,33	3,60	4,79	4,55	5,63	13,89
REVISIÓN	78,67	83,01	86,31	90,06	95,04	94,72
SELLADORES	43,58	29,72	28,81	29,04	26,11	25,40
APICOFORMACIÓN	0,04	0,00	0,02	0,04	0,02	0,04
ENDODONCIA	1,20	1,15	0,99	0,96	1,01	1,20
FERULIZACION	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00
RECONSTRUCCION	1,16	1,40	0,99	0,72	1,10	1,16
GRAN RECO	0,10	0,06	0,02	0,04	0,04	0,11
PERNO	0,02	0,02	0,00	0,04	0,02	0,09
RECUBRIMIENTO	0,25	0,13	0,00	0,07	0,04	0,04
REIMPLANTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
SUTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 56.

### PACIENTES DE 12 AÑOS

En pacientes con edad de doce años podemos observar cómo el promedio de tratamientos de obturación realizados, por cada 100 niños atendidos de dicha edad, ha sufrido un descenso a lo largo de los 6 años estudiados, pasando de 48,93 en 2010 a 43,83 en 2015. Respecto al promedio de tratamientos de extracción, asciende ligeramente, pasando de 25,12 en 2010 a 27,66 extracciones, por cada 100 niños atendidos, en 2015. Respecto a los tratamientos preventivos: las fluoraciones ascienden ligeramente (pasando de 41,58 a 42,64), los selladores descienden (de un promedio de 44,17 por cada 100 niños en 2010 a un promedio de 23,13 en 2015) y las radiografías aumentan (de 3,07 a 13,25).

En cuanto a los tratamientos especiales, observamos que los tratamientos de conductos con esta edad han sufrido altibajos (siempre en unos promedios muy bajos) a lo largo de los seis años estudiados, pasando de 1,74 en 2010 a 1,76 en 2015. Los promedios respecto a las reconstrucciones también son muy bajos, descendiendo de 1,15 desde el 2010 a 0,85 reconstrucciones en 2015, por cada 100 niños atendidos (Tabla 57).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	59,89	61,12	61,36	58,09	60,60	57,72
EXTRACCIONES	25,12	24,31	25,78	25,79	26,98	27,66
FLUORACIÓN	41,58	41,07	40,48	42,45	42,03	42,64
LIMPIEZA	12,40	13,48	16,74	20,31	19,25	19,03
OBTURACIÓN	48,93	38,47	43,32	44,16	44,90	43,83
RADIOGRAFÍA	3,07	3,77	4,24	4,49	5,73	13,25
REVISIÓN	76,62	84,16	85,46	90,59	93,77	94,10
SELLADORES	44,17	32,38	26,38	32,39	30,17	23,13
APICOFORMACIÓN	0,05	0,06	0,02	0,05	0,05	0,05
ENDODONCIA	1,74	1,17	1,34	1,38	1,75	1,76
FERULIZACION	0,00	0,00	0,02	0,00	0,05	0,00
RECONSTRUCCION	1,15	1,13	1,22	0,91	1,16	0,85
GRAN RECO	0,05	0,00	0,08	0,00	0,05	0,05
PERNO	0,07	0,00	0,02	0,02	0,07	0,02
RECUBRIMIENTO	0,14	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00



REIMPLANTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 57.

### PACIENTES DE 13 AÑOS

Los pacientes que tienen 13 años en 2011 entraron con 6 en el 2004, por lo tanto en el 2010 tenían 12 años. Es decir, en 2010 aún no había pacientes de 13 años tratados en el PADIex. En este grupo de pacientes podemos observar cómo el promedio de tratamientos de obturación ha sufrido leves oscilaciones a lo largo de los 5 años estudiados, pasando de 53,21 en 2011 a 53,07 obturaciones realizadas, por cada 100 niños atendidos de 13 años, en 2015. Respecto a los tratamientos de extracción, el promedio desciende ligeramente, pasando de 19,18 en 2011 a 18,71 en 2015. Respecto a los tratamientos preventivos: las fluoraciones tuvieron un ligero descenso (pasando de 39,80 a 39,18), los selladores descienden (de 32,45 en 2011 a 28,48 en 2015) y las radiografías aumentan (de 3,82 a 14,71).

Aunque el promedio tratamientos con selladores sigue un camino descendente en todos los años estudiados, parece que a medida que avanzamos en el estudio por edades, ese descenso disminuye. Por otro lado, podemos ver cómo las radiografías ascienden en promedio en todos los años hasta ahora estudiados; sin embargo, este ascenso es menos pronunciado a medida que avanzan las edades.

En cuanto a los tratamientos especiales podemos observar cómo el promedio de tratamientos de conductos con esta edad ha sufrido un ligero aumento (siempre en unos promedios muy bajos) a lo largo de los cinco años estudiados (pasando de 1,97 en 2011 a 2,13 en 2015). Los promedios respecto a las reconstrucciones también son muy bajos, ascendiendo ligeramente de 0,93 en 2011 a 1,09 reconstrucciones realizadas, por cada 100 niños atendidos de 13 años, en 2015 (Tabla 58).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	X	61,19	59,71	58,16	60,64	57,91
EXTRACCIONES	X	19,18	18,22	19,82	18,95	18,71
FLUORACIÓN	X	39,80	40,20	41,96	40,20	39,18
LIMPIEZA	X	13,48	17,23	21,87	20,24	21,61
OBTURACIÓN	X	53,21	50,61	55,83	56,22	53,07
RADIOGRAFÍA	X	3,82	4,73	5,28	5,99	14,71
REVISIÓN	X	80,26	86,76	87,03	90,28	93,37
SELLADORES	X	32,45	33,52	31,40	32,30	28,24
APICOFORMACIÓN	X	0,00	0,02	0,02	0,00	0,02
ENDODONCIA	X	1,97	1,97	2,16	2,19	2,13
FERULIZACION	X	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECONSTRUCCION	X	0,93	0,90	1,07	0,97	1,09
GRAN RECO	X	0,05	0,07	0,00	0,00	0,02
PERNO	X	0,07	0,02	0,02	0,02	0,00
RECUBRIMIENTO	X	0,18	0,00	0,00	0,05	0,02
REIMPLANTE	X	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

SUTURA	X	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
--------	---	------	------	------	------	------

TABLA 58.

### PACIENTES DE 14 AÑOS

En pacientes de catorce años podemos observar cómo el perfil asistencial del tratamiento de obturación ha sido hasta ahora el más elevado de los años estudiados: el promedio de obturaciones realizadas por cada 100 niños atendidos de 14 años pasa de 70,74 en 2012 a 69,62 en 2015. Respecto al promedio de tratamientos de extracción, desciende ligeramente, pasando de 12,16 en 2012 a 11,91 en 2015. Respecto a los tratamientos preventivos: las fluoraciones tuvieron un ascenso ligero (de 39,96 a 41,10), los selladores descienden de 31,24 en 2012 a 28,41 en 2015) y las radiografías aumentan (de 4,60 a 19,96).

En cuanto a los tratamientos especiales podemos ver que el promedio de tratamiento de conductos con esta edad ha sufrido un ligero descenso (siempre en niveles muy bajos) a lo largo de los cuatro años estudiados, pasando de 3,06 en 2012 a 2,84 en 2015. Los promedios respecto a las reconstrucciones también son muy bajos, descendiendo ligeramente de 1,30 en el 2012 a 0,68 en 2015 (Tabla 59).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	X	X	59,74	58,86	60,67	60,23
EXTRACCIONES	X	X	12,16	10,99	12,57	11,91
FLUORACIÓN	X	X	39,96	40,63	39,23	41,10
LIMPIEZA	X	X	19,59	24,30	22,68	22,26
OBTURACIÓN	X	X	70,74	68,25	77,61	69,92
RADIOGRAFÍA	X	X	4,60	5,04	5,92	19,96
REVISIÓN	X	X	84,13	89,76	94,16	89,94
SELLADORES	X	X	31,24	33,36	34,60	28,41
APICOFORMACIÓN	X	X	0,05	0,00	0,03	0,00
ENDODONCIA	X	X	3,06	2,49	3,26	2,84
FERULIZACION	X	X	0,00	0,00	0,00	0,00
RECONSTRUCCION	X	X	1,30	0,97	1,16	0,68
GRAN RECO	X	X	0,16	0,16	0,05	0,05
PERNO	X	X	0,05	0,08	0,05	0,05
RECUBRIMIENTO	X	X	0,02	0,03	0,03	0,00
REIMPLANTE	X	X	0,00	0,00	0,00	0,00
SUTURA	X	X	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 59.

### PACIENTES DE 15 AÑOS

En pacientes de quince años podemos observar cómo el promedio de tratamientos de obturación ha superado al de los niños con catorce años de edad, pasando de 91,93 en 2013 a 91,53 obturaciones realizadas, por cada 100 niños atendidos de 15 años, en 2015.

Respecto al promedio de tratamientos de extracción, desciende considerablemente en comparación con edades previas, pasando de 8,33 en 2013 a 6,70 extracciones en 2015, por cada 100 niños atendidos. Respecto a los tratamientos preventivos: las fluoraciones tuvieron un descenso ligero a lo largo de los 3 años estudiados (de 43,71 a 42,28); el promedio de selladores desciende de 32,13 en 2012 a 22,76 en 2015; y las radiografías aumentan de 5,37 a 25,51 radiografías realizadas por cada 100 niños de 15 años atendidos . En cuanto a los tratamientos especiales podemos ver cómo el promedio de tratamientos de conductos con esta edad ha sufrido un ligero aumento (siempre en niveles muy bajos) a lo largo de los tres años estudiados (pasando de 3,92 en 2013 a 4,12 en 2015). Los promedios respecto a las reconstrucciones también son muy bajos, descendiendo ligeramente de 1,32 en 2013 a 0,89 en 2015 (Tabla 60).

TRATAMIENTOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EDUCACIÓN DENTAL	X	X	X	58,09	58,60	58,37
EXTRACCIONES	X	X	X	8,33	7,65	6,70
FLUORACIÓN	X	X	X	43,71	40,32	42,28
LIMPIEZA	X	X	X	27,08	26,76	26,02
OBTURACIÓN	X	X	X	91,93	91,63	91,53
RADIOGRAFÍA	X	X	X	5,37	6,00	25,51
REVISIÓN	X	X	X	89,93	91,69	90,47
SELLADORES	X	X	X	32,13	24,15	22,76
APICOFORMACIÓN	X	X	X	0,00	0,00	0,03
ENDODONCIA	X	X	X	3,92	3,54	4,12
FERULIZACION	X	X	X	0,00	0,09	0,00
RECONSTRUCCION	X	X	X	1,32	1,35	0,89
GRAN RECO	X	X	X	0,16	0,12	0,06
PERNO	X	X	X	0,06	0,03	0,06
RECUBRIMIENTO	X	X	X	0,06	0,00	0,03
REIMPLANTE	X	X	X	0,00	0,00	0,00
SUTURA	X	X	X	0,00	0,00	0,00

TABLA 60.

### ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

En las siguientes tablas aparecen los porcentajes de actividad asistencial de los tratamientos básicos y especiales agrupados por edades.

### **ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2010**

	% ACTIVIDAD ASISTENCIAL POR EDAD EN 2010							
TIPO TTO	5	6	7	8	9	10	11	12
ED.	0,00	14,43	15,44	15,40	15,05	14,11	13,50	12,07
EXT.	0,00	9,04	12,35	12,55	13,95	17,91	<b>19,08</b>	15,12
FLU.	0,00	10,11	14,85	15,58	<b>16,74</b>	15,14	14,43	13,14
LIM.	0,00	6,52	11,42	14,69	17,44	16,61	17,08	16,23
OBT.	0,00	6,86	11,80	14,70	16,44	15,58	16,94	<b>17,68</b>
RAD.	0,00	9,27	14,32	<b>20,03</b>	<b>18,29</b>	13,49	13,33	11,26
REV.	0,02	13,13	15,45	15,48	15,35	14,67	13,69	12,22
SELL.	0,00	9,13	<b>25,72</b>	<b>21,00</b>	14,49	9,38	10,51	9,77
API.	0,00	5,00	0,00	30,00	20,00	25,00	10,00	10,00
END.	0,00	0,00	0,46	7,41	8,80	20,83	26,85	35,65
FER.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00
REC.	0,00	0,00	5,08	13,90	17,63	27,12	18,98	17,29
GREC.	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	10,00	50,00	20,00
PER.	0,00	0,00	0,00	12,50	0,00	37,50	12,50	37,50
REC.	0,00	0,00	0,00	5,56	16,67	27,78	33,33	16,67
REI.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUT.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 61.

### ASISTENCIA BÁSICA:

En la tabla 61 podemos ver que el 19,08% del total de extracciones en 2010 se realizaron a los niños de 11 años. El 16,74% del total de las fluoraciones fue para el grupo de 9 años. El 17,68% del total de obturaciones se realizó en el grupo de 12 años. Casi la mitad del total de selladores realizados en 2010 se practicaron en los niños de 7 y 8 años (25,72% y 21%, respectivamente).

### ASISTENCIA ESPECIAL:

El 35,75% del total de las endodoncias se practicó en los niños de 12 años.

### **ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2011**

	% ACTIVIDAD ASISTENCIAL POR EDAD EN 2011								
TIPO TTO	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ED.	0,02	13,37	13,74	12,98	13,20	12,50	12,70	11,06	10,43
EXT.	0,00	8,52	11,26	11,63	12,43	15,13	<b>17,75</b>	13,36	9,92
FLU.	0,01	9,26	12,84	<b>14,33</b>	14,05	14,10	13,16	11,63	10,61
LIM.	0,00	6,51	9,95	11,56	13,45	14,66	15,89	14,41	13,57
OBT.	0,03	7,94	10,86	13,16	14,01	12,05	12,83	12,66	<b>16,48</b>
RAD.	0,00	7,43	12,01	16,72	16,59	11,81	12,48	11,75	11,21
REV.	0,02	12,31	13,85	13,49	13,41	12,62	12,56	11,45	10,28
SELL.	0,00	9,74	<b>22,87</b>	20,96	12,89	9,66	8,22	8,06	7,60
API.	0,00	0,00	6,67	33,33	26,67	13,33	0,00	20,00	0,00
END.	0,00	0,00	0,38	2,31	8,46	11,15	23,08	21,15	<b>33,46</b>
FER.	0,00	0,00	0,00	66,67	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00
REC.	0,00	0,79	4,23	13,76	17,72	19,31	19,31	14,02	10,85
GREC.	0,00	0,00	0,00	9,09	18,18	27,27	27,27	0,00	18,18
PER.	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	20,00	0,00	60,00
REC.	0,00	0,00	0,00	6,90	20,69	3,45	24,14	17,24	27,59
REI.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUT.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 62.

#### ASISTENCIA BÁSICA:

En la tabla 62 observamos cómo el 17,75% del total de extracciones fue en el grupo de 11 años. El 14,33% del total de las fluoraciones fue para el grupo de 8 años. El 16,48% del total de obturaciones se realizó en el grupo de 13 años. El 22,87% del total de selladores se practicó en el grupo de 7 años de edad.

#### ASISTENCIA ESPECIAL:

El 33,46% del total de las endodoncias se practicó en los niños de 13 años.

## ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2012

	% ACTIVIDAD ASISTENCIAL POR EDAD EN 2012									
TIPO TTO	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ED.	0,00	12,51	12,77	12,05	11,75	11,38	10,99	10,47	9,30	8,79
EXT.	0,00	7,65	10,92	10,93	11,83	13,89	<b>16,18</b>	13,95	8,99	5,67
FLU.	0,00	8,02	11,91	13,24	<b>13,32</b>	12,32	12,49	10,41	9,43	8,86
LIM.	0,00	6,05	9,46	11,31	11,13	12,50	12,47	12,59	11,82	12,69
OBT.	0,00	7,17	9,50	11,00	11,04	9,59	10,25	11,94	12,73	<b>16,80</b>
RAD.	0,00	7,24	8,13	14,73	13,79	12,91	12,36	10,44	10,64	9,75
REV.	0,00	10,97	12,59	12,32	12,05	11,61	11,18	10,55	9,78	8,95
SELL.	0,00	8,62	<b>21,58</b>	19,76	13,02	8,55	7,54	6,58	7,63	6,72
APL.	0,00	0,00	15,38	0,00	23,08	23,08	7,69	7,69	7,69	15,38
END.	0,00	0,00	1,00	1,99	5,47	6,72	12,94	16,67	22,39	<b>32,84</b>
FER.	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00
REC.	0,00	1,14	4,10	12,07	20,05	14,81	11,85	13,90	9,34	12,76
GREC.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,25	6,25	25,00	18,75	43,75
PER.	0,00	0,00	0,00	16,67	0,00	16,67	0,00	16,67	16,67	33,33
REC.	0,00	0,00	0,00	0,00	40,00	40,00	0,00	0,00	0,00	20,00
REI.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUT.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,19	0,00

TABLA 63.

### ASISTENCIA BÁSICA:

En la tabla 63 analizamos cómo el 16,18% del total de extracciones fue en el grupo de 11 años. El 13,32% del total de las fluoraciones fue para el grupo de 9 años. El 16,80% del total de obturaciones se realizó en el grupo de 14 años. El 21,58% del total de selladores se practicó en el grupo de 7 años de edad.

### ASISTENCIA ESPECIAL:

El 32,84% del total de las endodoncias se practicó en los niños de 14 años.

## ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2013

% ACTIVIDAD ASISTENCIAL POR EDAD EN 2013											
TIPO TTO	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ED.	0,00	9,50	12,27	11,90	11,44	11,04	10,60	9,30	8,96	8,22	6,77
EXT.	0,00	6,88	11,13	11,21	10,75	14,89	<b>15,97</b>	12,43	9,19	4,62	2,92
FLU.	0,00	6,37	10,79	12,55	<b>12,57</b>	11,98	10,97	9,84	9,35	8,21	7,37
LIM.	0,00	4,75	8,03	9,55	11,09	11,05	11,28	10,93	11,32	11,40	10,60
OBT.	0,00	5,05	8,91	9,82	9,38	8,87	8,78	9,69	11,78	13,06	<b>14,67</b>
RAD.	0,00	5,68	10,05	13,87	12,56	12,56	9,73	8,93	10,10	8,75	7,77
REV.	0,00	8,01	12,31	12,25	11,64	11,34	10,38	9,70	8,97	8,39	7,01
SELL.	0,00	6,79	<b>20,03</b>	18,88	12,46	8,69	7,08	7,34	6,85	6,60	5,30
API.	0,00	0,00	0,00	12,50	18,75	37,50	12,50	12,50	6,25	0,00	0,00
END.	0,00	0,22	0,00	1,54	3,73	5,26	9,65	12,94	19,52	20,39	<b>26,75</b>
FER.	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
REC.	0,00	0,72	3,83	17,70	16,03	15,55	7,89	9,33	10,53	8,61	9,81
GREC.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,38	0,00	0,00	46,15	38,46
PER.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,22	11,11	11,11	33,33	22,22
REC.	0,00	0,00	14,29	0,00	0,00	0,00	42,86	0,00	0,00	14,29	28,57
REL.	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUT.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 64.

### ASISTENCIA BÁSICA:

En la tabla 64 estudiamos cómo el 15,97% del total de extracciones fue en el grupo de 11 años. El 12,57% del total de las fluoraciones fue para el grupo de 9 años. El 14,67% del total de obturaciones se realizó en el grupo de 15 años. El 20,03% del total de selladores se practicó en el grupo de 7 años de edad.

### ASISTENCIA ESPECIAL:

El 26,75% del total de las endodoncias se practicó en los niños de 15 años.

## ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2014

% ACTIVIDAD ASISTENCIAL POR EDAD EN 2014											
TIPO TTO	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ED.	0,01	9,66	12,00	11,87	11,20	10,82	10,30	9,68	8,86	8,52	7,09
EXT.	0,00	7,68	11,19	10,89	11,46	14,04	<b>15,92</b>	12,72	8,17	5,21	2,73
FLU.	0,02	6,44	10,40	<b>12,56</b>	12,47	11,28	11,47	10,33	9,04	8,48	7,51
LIM.	0,01	4,43	7,07	9,64	9,93	10,72	11,31	11,58	11,13	11,99	12,20
OBT.	0,02	5,77	8,69	10,86	8,90	8,20	7,95	9,52	10,90	14,47	<b>14,72</b>
RAD.	0,00	11,31	15,04	17,16	13,15	8,21	7,89	7,44	7,12	6,77	5,91
REV.	0,01	8,48	11,42	12,07	11,73	10,90	10,79	9,88	8,69	8,72	7,32
SELL.	0,00	6,60	<b>19,31</b>	19,13	12,87	9,50	6,72	7,20	7,05	7,26	4,37
API.	0,00	0,00	4,76	33,33	28,57	14,29	4,76	9,52	0,00	4,76	0,00
END.	0,00	0,00	0,38	2,07	4,32	7,33	9,02	14,47	16,54	<b>23,68</b>	22,18
FER.	0,00	0,00	15,38	7,69	15,38	7,69	15,38	15,38	0,00	0,00	23,08
REC.	0,00	0,23	5,13	10,72	14,92	14,92	12,12	11,89	9,09	10,49	10,49
GREC.	0,00	0,00	0,00	22,22	5,56	16,67	11,11	11,11	0,00	11,11	22,22
PER.	0,00	0,00	0,00	8,33	8,33	16,67	8,33	25,00	8,33	16,67	8,33
REC.	0,00	0,00	0,00	30,77	23,08	7,69	15,38	0,00	15,38	7,69	0,00
REI.	0,00	0,00	0,00	66,67	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00
SUT.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 65.

### ASISTENCIA BÁSICA:

En la tabla 65 analizamos cómo el 15,92% del total de extracciones fue en el grupo de 11 años. El 12,56% del total de las fluoraciones fue para el grupo de 8 años. El 14,72% del total de obturaciones se realizó en el grupo de 15 años. El 19,31% del total de selladores se practicó en el grupo de 7 años de edad.

### ASISTENCIA ESPECIAL:

El 23,68% del total de las endodoncias se practicó en los niños de 14 años.



## ASISTENCIA GENERAL Y ADICIONAL DISPENSADA POR LA RED ASISTENCIAL EN 2015

% ACTIVIDAD ASISTENCIAL POR EDAD EN 2015											
TIPO TTO	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ED.	0,00	8,86	12,21	12,01	11,18	10,79	10,38	9,41	8,93	8,62	7,61
EXT.	0,01	6,60	11,31	11,13	11,79	14,05	<b>14,82</b>	13,70	8,76	5,18	2,65
FLU.	0,00	6,48	10,73	<b>12,65</b>	12,05	11,68	10,81	10,16	8,82	8,59	8,05
LIM.	0,00	3,58	6,57	8,96	10,58	11,16	11,14	11,45	12,29	11,75	12,51
OBT.	0,00	5,48	8,68	10,49	9,81	8,14	8,19	9,44	10,80	13,22	<b>15,75</b>
RAD.	0,00	11,66	12,76	15,70	13,07	8,34	7,13	6,38	6,70	8,44	9,82
REV.	0,00	8,35	11,85	11,81	11,71	11,13	10,49	9,78	9,17	8,20	7,51
SELL.	0,00	7,96	<b>19,58</b>	19,37	12,63	7,89	7,34	6,27	7,24	6,77	4,93
API.	0,00	0,00	13,64	4,55	27,27	27,27	9,09	9,09	4,55	0,00	4,55
END.	0,00	0,00	0,18	1,10	5,30	6,76	10,24	14,08	16,09	19,93	<b>26,33</b>
FER.	0,00	0,00	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
REC.	0,00	0,00	7,75	13,00	14,50	16,50	13,50	9,25	11,25	6,50	7,75
GREC.	0,00	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00	35,71	14,29	7,14	14,29	14,29
PER.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	40,00	10,00	0,00	20,00	20,00
REC.	0,00	0,00	12,50	0,00	25,00	12,50	25,00	0,00	12,50	0,00	12,50
REL.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUT.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TABLA 66.

### ASISTENCIA BÁSICA:

En la tabla 66 vemos cómo el 14,82% del total de extracciones fue en el grupo de 11 años. El 12,65% del total de las fluoraciones fue para el grupo de 8 años. El 15,75% del total de obturaciones se realizó en el grupo de 15 años. El 19,58% del total de selladores se practicó en el grupo de 7 años de edad.

### ASISTENCIA ESPECIAL:

El 26,33% del total de las endodoncias se practicó en los niños de 15 años.

Los perfiles más elevados de extracciones vemos que se realizan en el grupo de pacientes de 11 años de edad: mientras que el perfil de obturaciones siempre es más elevado para el grupo de más edad del año estudiado: es decir, a medida que cumplen más años, el porcentaje de niños que reciben este tratamiento aumenta. Los porcentajes de niños con 7 y 8 años son los más elevados en el tratamiento de obturaciones.



## CONCLUSIONES



1. La cobertura anual del PADI en Extremadura ha descendido a lo largo de los 6 años estudiados y a su vez hay una mayor utilización de la red concertada sobre la pública (lo previsto por ser un modelo PADI). El mayor descenso de la cobertura ha sido en el medio rural, seguido del urbano y en tercer lugar el suburbano. La utilización de red ha sido mayor en el emplazamiento urbano.
2. El coste de la asistencia general ha evolucionado de manera ascendente para el programa. En el 2010 supuso un gasto de 1.268.000 euros, pasando a 1.553.286 euros en el 2015 (paso de suponer un 64,04% del presupuesto global a un 78,45%). De la misma manera, para la asistencia adicional, las cantidades (respecto al presupuesto global de 1.980.000 euros) destinadas a cubrirla ha supuesto en el año 2010 de 35.650 euros y en el 2015 ascendió a 68.486 euros (de un 1,80% de asistencia adicional ha subido a un 3,46%).
3. El número de obturaciones aumenta en los tres emplazamientos, siendo en el urbano el menor aumento del promedio de niños que reciben este tipo de tratamientos. Las extracciones prácticamente se mantiene en los tres poblaciones. El promedio de selladores disminuye considerablemente en los tres, mientras que el flúor es el doble en entornos suburbanos que urbanos.
4. Es en el área privada donde tiene lugar mayor actividad en cuanto a tratamientos terapéuticos se refiere: las obturaciones aumentan tanto en número como en porcentaje.  
Mientras, en la población que acude al sistema público disminuyen los porcentajes de niños que reciben estos tratamientos.  
El número de selladores disminuye en los dos tipos de áreas, remontando en el último año el sector público el promedio de niños que recibe este tratamiento por la falta de asistencia de la población al dentista de atención primaria.  
La tendencia es que cada vez más la población utilice los servicios de odontólogos que tienen concierto con el SES.
5. Estudiando el perfil asistencia de los tratamientos por edades hemos podido analizar como a medida que la avanzan las edades estudiadas, el porcentaje de niños que reciben tratamiento con obturación aumenta. Los valores de extracciones alcanza el mayor promedio en niños de 11 años de edad: a partir de este tramo, comienza a descender de manera considerable. En cuanto al tratamiento con flúor, podemos observar como los promedios no sufren altibajos importantes de diferencia a lo largo de los seis años estudiados, tendiendo a un aumento de dichos tratamientos a medida que aumentan las edades (los niveles más altos se dan con 8 y 10 años).  
La cifra más alta de selladores es a la edad de 7 años en el 2010, a partir de la cual comienza a descender. Su tendencia ha sido desde el 2010 a 2015 a disminuir considerablemente.  
El tratamiento de conductos se mueve en valores bajos. En edades tempranas de 6 a 10 no superaban el 1%: es a partir de los 11 años cuando las cifras ascienden muy ligeramente, alcanzando el 4,12% en niños de 15 años en el 2015.



## DISCUSIÓN





En España regularmente se realizan estudios epidemiológicos estudiando así una mejoría del estado de salud bucodental y de los hábitos de la población infantil, tales como el cepillado de los dientes y la visita periódica al dentista (Sande 1971, Banco de datos epidemiológicos SESPO, Bravo 2006, Almerich 2006, Cortés 2003, Cortés 2009, Ledesma 2005, Casals 2005, Almerich 2004)

La instauración de modelos de provisión de servicios bucodentales en nuestro país ha supuesto un claro progreso para la salud oral de la población infanto-juvenil.

Durante estos casi 30 años que lleva el PADI desarrollándose en España, ha quedado más que justificada su creación, siendo prueba de ello la mejora en los niveles de salud y accesibilidad a los servicios sanitarios y de salud oral de la población española.

Dedicar tiempo a analizar indicadores de salud oral es fundamental si queremos monitorizar la salud de la población a la que nos dirigimos y conocer que necesidades de tratamiento existen. La gestión de los servicios dentales demanda conocer con cierta frecuencia en qué medida éstos responden a las actuales necesidades de la población, cuales no son cubiertas y que sectores de su colectivo no son atendidos con dichas necesidades.

Es por este motivo por lo que consideramos necesaria una evaluación del PADI en la Comunidad de Extremadura; el recopilar y presentar la actividad llevada a cabo por el PADI durante los años 2010 y 2015 es imprescindible para poder analizar la situación actual del sistema y dirigir los recursos existentes para su mejora en la Comunidad de Extremadura.

La implantación del PADI en 2004 supuso para la población extremeña la accesibilidad a una asistencia dental infantil reduciendo el esfuerzo de muchas familias a la hora del cuidado de la salud bucodental de sus hijos, un aspecto a tener en cuenta en los sectores sociales más desfavorecidos.

Si estudiamos el PADI en el marco nacional, vemos que hay desigualdades en cuanto a utilización del programa, perfil asistencial, presupuesto asignado y gestión del mismo. La tasa de utilización anual varía entre un 26,2% en Canarias y el 69% en Navarra. Durante el periodo estudiado (2010-2014) ha habido un descenso generalizado (Cortés 2016).

En la Comunidad de Extremadura, la cobertura anual ha descendido a lo largo de los 6 años estudiados (pasando de un 43% a un 37%) y a su vez hay una mayor utilización de la red concertada sobre la pública (como en el resto de las comunidades autónomas). Este descenso es debido a que el número de niñas/os tratados por ejercicio no es directamente proporcional al incremento anual de la población diana, por lo que hay una cantidad importante de pacientes que no asisten a su revisión anual. El mayor descenso de la cobertura ha sido en el medio rural, mientras que la utilización de red ha sido mayor en el emplazamiento urbano.

En referencia a los costes que supone el mantenimiento de la asistencia dental infantil en España, hay disparidad entre comunidades autónomas.

Muchas comunidades no tienen cuantificado el coste total de la asistencia PADI, entendiendo como tal los costes de la asistencia pública, la concertada y los costes de

gestión. La mayoría de comunidades solo informa del coste de la concertada y reconoce no conocer el de la asistencia pública ni los costes de gestión.

De las que se conocen datos, las cifras mas altas corresponden a Andalucía, Murcia, Navarra, País Vasco y Asturias. Otras como Aragón, Baleares y Canarias muestran presupuestos más bajos. (Cortés 2014).

En este último grupo estaría la Comunidad de Extremadura, en donde la asistencia general supuso 1.553.286 euros (78,45% del presupuesto total) y para la asistencia especial destinó 68.486 euros (3,46%) en el año 2015. El número de dentistas privados ha aumentado a lo largo de los 6 años estudiados: esto ha sido fundamental para atender el incremento progresivo de las cohortes de población infantil.

En cuanto al perfil asistencial (es la ratio de tratamientos preventivos vs. tratamientos restauradores tomando como indicador el número de selladores de fisuras y el de obturaciones) podemos observar como es preventivo para el global de España y para la mayoría de las CC.AA. Es decir, se realizan más selladores de fisuras (técnica preventiva de caries oclusal) que obturaciones (técnica reparativa de una lesión de caries ya instaurada y activa). La comunidad de Murcia tiene un perfil asistencial claramente restaurador con 11.726 obturaciones realizadas frente a 7.171 selladores (datos del 2012): al igual que Castilla La Mancha (bajo un modelo mixto), con una relación de sellados/obturaciones de 2/3 (datos sin confirmar por parte de la consejería) (Simón 2014).

En la Comunidad de Extremadura, hemos podido estudiar como en el medio rural el número de obturaciones ha ido aumentando a lo largo de los 6 años, superando al número de selladores y fluoraciones prácticamente desde el inicio (perfil más restaurador que preventivo); en los emplazamientos suburbano y urbano el número de obturaciones supera al número de selladores a partir del año 2014 (desciende la prevención para aumentar el terapéutico) . Respecto al flúor: supera el número de fluoraciones a las obturaciones en el ámbito suburbano a lo largo de los seis años y en el urbano a partir del 2011.

Si comparamos las cantidades de estos tratamientos respecto al número de niños tratados, podemos decir que; el promedio de niños que reciben tratamiento de selladores descende considerablemente en las tres poblaciones. El promedio de niños que reciben tratamiento de obturación asciende en los tres emplazamientos, siendo en el urbano el menor ascenso.

Respecto al tratamiento endodóntico, el mayor porcentaje de niños que reciben este tipo de tratamiento son los que viven en las zonas rurales, seguidos de las zonas suburbanas y urbanas.

#### Estudiando los tratamientos por área de actuación:

- En el sector público el perfil asistencial de exodoncias y obturaciones ha tendido a descender, mientras que en el privado el perfil asistencial de las obturaciones ha aumentado.
- Los selladores son el caballo de batalla: hay un importante descenso en ambas áreas (el público asciende en el último año al 76% y el privado pasa de un 48% en 2010 a un 27% en 2015). El perfil asistencial del flúor aumenta en los dos sistemas.

Si lo estudiamos por edades, podemos afirmar que en la región de Extremadura:

- El perfil asistencial del tratamiento de obturaciones aumenta a medida que aumentan las edades: aun que entre los 10 y 13 años los porcentajes disminuyen a lo largo de los seis años estudiados (cifras entre el 35 y 50%), el 53% de los niños tratados con 13 años recibieron tratamiento con obturación en 2015: el 69% los de 14 años y el 91% los de 15 años.
- El perfil asistencial de extracciones no sufren importantes variaciones en las edades estudiadas: su tendencia es a disminuir (con 14 y 15 años el perfil asistencial en 2015 fue del 11% y 6,70% respectivamente).
- El perfil asistencial de tratamiento con selladores disminuye en cada tramo de edad estudiado, descendiendo a su vez a medida que aumentan las edades. A la edad de 7 y 8 años en el 2010 se observan los valores del perfil asistencial más elevados de este tratamiento.
- El perfil asistencial de tratamientos con fluoraciones asciende ligeramente a partir de los 9 años, sin variaciones importantes en cada grupo estudiado.

Como muestran los resultados obtenidos, la utilización y frecuentación en cada ejercicio, 2 de cada 3 niños en el 2015 no acude a revisión dental, lo que dificulta la atención preventiva de los profesionales sanitarios, traducándose en necesidades terapéuticas que podrían haberse evitado. Especialmente en el ámbito rural: donde se da el mayor descenso de la cobertura en el periodo estudiado, el mayor porcentaje de niños que reciben tratamiento endodóntico y aumentando las obturaciones a medida que aumenta la edad.

Los selladores son el caballo de batalla del programa en la Comunidad de Extremadura: con la introducción del PADIex su tendencia debería haber evolucionado a la alza.

Lo contrario ocurre con las obturaciones: la tendencia es aumentar a medida que aumentan las edades estudiadas.

Evaluar el riesgo de caries y, por tanto, clasificar a los pacientes en consecuencia, es fundamental. El conocimiento de la patogenia de la enfermedad, del proceso de desmineralización y remineralización de sus lesiones y de la forma de prevenir, estabilizar y revertir su progresión en las fases incipientes, debe de estar incorporado a la formación y competencias de los profesionales sanitarios.

Tan importante es que los odontólogos tengan los conocimientos como que los pacientes acudan a sus revisiones anuales: la identificación de factores de riesgo de caries (algunas son: 1º y 2º periodo de recambio dental, bajo nivel socioeconómico, condición de inmigrante, enfermedades con disminución de flujo salival, alta frecuencia de ingesta de azúcares, escaso cepillado diario, baja exposición al flúor) (Cuenca 2013) en edades tempranas conseguirán que el paciente de alto riesgo entre en un ciclo de cambio, pasando de alto a bajo riesgo.

La epidemiología nos enseña que si se supera el periodo de recambio y maduración de la dentición permanente sin caries ni tratamientos acumulado, se incrementa notablemente las posibilidades de una mejor salud dental el resto de la vida (Elderton R 1987).

Es en los medios rurales donde hay mayor porcentaje de niños tratados con obturaciones y donde hay un mayor descenso de la cobertura. Es en esta población donde debemos dirigir, a demás de "la estrategia de riesgo", la "estrategia poblacional".

La caries está dejando de ser la enfermedad que hace 25 años afectaba a la práctica totalidad de la población. En este nuevo escenario epidemiológico una parte sustancial de la patología remanente se concentra en la población con las peores condiciones médicas y sociales; los grupos de riesgo . Continuar aplicando la misma respuesta de enfoque poblacional, sin incorporar estrategias específicas para estos grupos de riesgo es inadecuado para resolver las necesidades actuales de asistencia e ineficiente en el uso de los recursos disponibles (Macpherson L 2015, Castaño A 2013).

El PADI en la Comunidad de Extremadura dispone de puntos fuertes, como son el tener una unidad central de gestión dirigido por un estomatólogo, presta atención a personas discapacitadas, a paciente médicamente comprometidos y radiados de cabeza y cuello: su coste económico es sostenible en el tiempo, presenta perfiles asistenciales muy bajos en tratamientos endodónticos y dispone en su red asistencial de 27 higienistas.

Con este estudio queremos señalar objetivos de mejora en el plan de asistencia dental en Extremadura, con el fin de progresar y reforzar el compromiso con la salud bucodental infantil.

Orientar sus estrategias hacia la formación de los profesionales sanitarios en el marco de la prevención y evaluación de riesgo de caries dental, incrementar la asistencia por parte de la población (como se ha propuesto en el País Vasco) utilizando la colaboración de pediatras (revisiones por parte de éstos especialistas una vez hayan pasado su revisión dental) e inculcar hábitos de vida buco-saludables son clave para progresar en el camino hacia un futuro libre de caries.

## BIBLIOGRAFÍA



# ORDEN ALFABÉTICO

1. Algaba Martin L, Segura Egea J.J, Bullón Fernandez, P. Archivos de estomatología, preventiva y comunitaria de la Facultad de odontología de la Universidad de Sevilla. Volumen 18. número 2, marzo 2002.
2. Almerich Silla JM, Montiel Company JM. Encuesta sobre hábitos higienicos orales en la población adolescente de la Comunidad Valenciana (2004. Revista del Ilustre Consejo generales de Colegios de Odontologos y Estomatólogos de España. 2006;11;195-201.
3. Almerich Silla JM, Montiel Company JM. Oral health survery of the child population in the Valencia Región os Spain (2004). Med Oral Patol Cir Bucal. 2006;11; E369-81.
4. Artazcoz L. Monográfico Género y Salud, 18 (2004).
5. Banco de datos epidemiológicos SESPO. Barcelona: Epidemiología y Salud Pública Oral. Disponible en: <http://www.infomed.es/sespo%2Dbd/>.
6. Banco de datos epidemiológicos SESPO. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología y Salud pUBLICA oRAL. disponible en: <http://www.infomed.es/sespo/bd/index.html>.
7. Barriuso Lapresa L y Sanz Barbero . Gac Sanit. 2011;25(5):391–396.
8. Barriuso Lapresa L, Sanz Barbero B y Hernando Arizaleta L. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. An Pediatr (Barc). 2012;76(3):140-147.
9. BORM no 251, 1999.
10. Borrell C, Benach J, coordinadores. L' evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
11. Borrell C, Benach J, coordinadores. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
12. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 1).
13. Borrell,C J. Benach,CAPS-FJ Bofill Working Group. Evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gac Sanit, 20 (2006), pp. 396-406.
14. Bravo Perez M et al. Encuesta de salud oral en España 2015. RCOE. Junio 2016. Vol 21. Suplemento 1.
15. Bravo Perez M, Casals Peidró E, Cortés Marticorena FJ et al. Encuesta de salud oral en España 2005) Revista del Ilustre Consejo generales de Colegios de Odontologos y Estomatólogos de España. 2006;11;409-56.
16. C. Borrell,M. Marí-Dell, Olmo,G. Serral. Inequalities in mortality in small areas of eleven Spanish cities (the multicenter MEDEA project). Health Place, 16 (2010), pp. 703-711 <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.03.002> Medline.

17. Casals Peidro E, Cuenca Sala E, Almerich Silla JM, et al. Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España, 1.a ed. Barcelona: SESPO; 2008.
18. Casals Peidro E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. Revista del Ilustre Consejo generales de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2005;10:389-401.
19. Castaño A, Ribas D y San Martín L. Recursos humanos y Odontología. orientación de los servicios en un marco de equidad. En; Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Madrid: FCOME; 2013. P. 127-144.
20. Castaño A, Ribas D y San Martín L. Recursos humanos y Odontología. Orientación de los servicios en un marco de equidad. En: Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Madrid: FCOME;2013. P. 127-144).
21. Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Fundación Odontológica social; 2012. P. 625-632.
22. Bravo M, Llodra JC. Modelos de provisión y financiación en Odontología. La prestación de servicios odontólogos en España. En: Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones. 4ta edición. Barcelona. Elsevier Mas-son, 2013:413-424.
23. Simón F. Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del Programa de Asistencia Dental infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1990-1995) (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid; 1996. <http://eprints.ucm.es/2885/>
24. Simón E. El PADI del País Vaco. Un sistema asistencial para crecer en salud. En: Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Madrid: FCOME;2013. P. 83-108. <http://coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf>
25. Convenio de colaboración comunidad de Madrid 2017.
26. Cortés FJ, Artázcoz J, Rosel E, et al La salud dental en los niños y adolescentes de Navarra, 2007. An Sist Sanit Navar. 2009; 32:199-215.
27. Cortes FJ, Artazcoz J, Rosel E, et al. La salud dental de los niños y adolescentes de Navarra. 2007. 4.<sup>a</sup> ed. An Sist Sanit Navar. 2009;32:199 –215.
28. Cortés FJ, Ramón JM, Cuenca E. Doce años de Programa de Asistencia Dental infantil (PADI) en Navarra (1991-2002). Utilización e indicadores de salud. An Sist Sanit Navar. 2003;26:373-82.
29. Cortés FJ, Simón F. El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra. RCOE 2004; 9(3): 289-296).
30. Cortés FJ. Desigualdades en salud bucal en España. En: Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Madrid: FCOEME;2013. P. 71-82.



31. Cortés Martinicorena FJ, Bravo Pérez M, Artázcoz J. ¿Quién utiliza el Programa de Atención Dental Infantil (PADI)? Patrón de utilización del servicio en Navarra. *RCOE*, 2010; 15(2): 127-132.)
32. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Blanco González JM, Simón Salazar F. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. *RCOE* 2014; 19(1): 12-42.
33. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Casals Peidro´ E. Servicios publicos de salud bucodental en Espana. Legislación y cartera de servicios en las CCAA 2005. 2.ªed. Madrid: SESPO; 2005.
34. Cortés Martinicorena FJ. Servicios dentales para jóvenes. El inicio de una andadura. *Gac. Sanit.* 2010;24(3):251-252.
35. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. 2008.
36. Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 4ta Edición.
37. DECRETO 2005 EXTREMADURA.
38. DECRETO 2008 EXTREMADURA.
39. Departamento de Sanidad y Consumo. Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1988). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental no 2. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, 1990.
40. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Plan de salud 2002-2010.
41. E. Regidor,S. Mateo,J.L. Gutiérrez-Fisac. Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. *Med Clin (Barc)*, 106 (1996), pp. 295-389.
42. Elderton R. Positive Dental Prevention. The prevention in childhood of dental disease in adult life. London: William Heinemann Medical Books; 1987).
43. Ferrer Agualeles JL, Peral Pacheco D. El centro de salud. Su evolución en Extremadura 2005.
44. Font-Ribera L et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gac Sanit.* 2014;28(4):316–325.
45. Gaceta Médica. Consultado en: URL <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2012-04-03/politica/el-gobierno-recorta-un-68-en-politicas-sanitarias-y-mas-de-un-25-en-ciencia/pagina.aspx?idart=615364/>.
46. Gift, HC, Anderson RM, Chen M. The principales of organization and modelos of delivery of oral health care. En: Pine CM, ed. Community oral health. Oxford: Wright 1997: 252-266. Manija F, Fejerskow O, ed. Textbook of Cinical Cariology.2nd Ed. Copenhagen: Munksgaard: 1996. p. 159-251.

47. Gimeno de Sande A et al. Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. *Re Sanid Hig Publica*. 1971;45:361-433.
48. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M y Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S):6-13.
49. J. Benach, Y. Yasui. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *J Epidemiol Commun Health*, 53 (1999), pp. 423-431.
50. J. Oliva G. Pérez. Monográfico Inmigración y Salud, 23 (2009).
51. Jimenez R, Tapias-Ledesma MA, Jimenez R, Carrasco Garrido P, et al. Influence of sociodemographic variables on use of dental service utilization and oral hygiene among Spanish children. *Int Dent*. 2004; 54:187-92.
52. Macpherson L, Ayo-Yusuf L and White S. Reorientation of dental care health systems. In: Watt RG, Listl S, Peress M and Heilmann A. *Social Inequalities in oral health: from evidence to action*. UCLICOHIRP;2015. P. 30-31.
53. Mapa de las Áreas de Salud en la Comunidad de Extremadura. Consejera de Sanidad y Políticas Sociales, Junta de Extremadura. 2017.
54. MC. Davó et al. Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gac Sanit*. 2008;22(1):58-64.
55. Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECERTO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento de actualización. Madrid: B.O.E. Num. 222, pp. 32650-32679, de 16 de septiembre de 2006.
56. N. Aerny Perreten, M. Ramasco Gutiérrez, J.L. Cruz Maceín. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*, 24 (2010), pp. 136-144 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.10.007> Medline.
57. Observatorio de salud de la mujer. Desigualdades de mortalidad por CCAA entre 1981 y 2002. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/desigualdadesMortalidad\\_CCAA.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/desigualdadesMortalidad_CCAA.pdf)
58. Observatorio de Salud de la Mujer. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades\\_sociales\\_salud\\_y\\_SS.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf)
59. PADRON CONTINUO INEE 2017.
60. Página web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Apartado de Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud.
61. Park YD, Patton LL, Kim HY. Clustering of oral and general health risk behaviours

- in Korean adolescents. J Adolesc Health. 2010;47:277-81.
62. Parra D 2009, Benach J 1999, Borrell C 2004, Observatorio de Salud de la Mujer, Oliva J 2009, Aerny N 2010).
  63. Parra D. Hacia la equidad en salud: estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, y Fundación Secretariado Gitano, 2009. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm#estudioEPG>.
  64. Periódico HOY Extremadura, 5 de enero de 2017.
  65. Pinilla J, Gonzalez B. Equity in children's utilization of dental services: effect of a children's dental care programme. Community Dent Health. 2006;23;152-7.
  66. Pinilla Miguel J, Negrín-Hernández A, y Abásolo I. Time trends in socio-economic inequalities in the lack of access to dental services among children in Spain 1987-2011. International Journal for Equity in Health (2015) 14:9.
  67. Polk DE, Weyant RJ, Manz MC. Socioeconomic factors in adolescents oral health: are they mediated by oral hygiene behaviours or preventive interventions? Community Dent Oral Epidemiol. 2010;38;1-9.
  68. Primer informe de desigualdades y salud en Andalucía.
  69. Regidor E et al. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. 2009;23(Supl 1):4-11.
  70. Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE (2010/2089(INI)) (2012/C 199 E/04.
  71. S. Esnaola, A. Bacigalupe, E. Aldasoro. Políticas para disminuir las desigualdades en salud en España. Gac Sanit, 23 (2009), pp. 253-254 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.09.002> Medline
  72. Castaño A, Ribas D, ed. Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Fundación Odontología Social, 2012: 625-632.
  73. Simón F. El PADI del País Vasco. El principio de un modelo para la salud. Fundación Odontología Solidaria. 2015.
  74. Simón F. El PADI del País Vasco. Un sistema asistencial para crecer en salud. En: Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Madrid: FCOME; 2013. P. 83-108. <http://coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf>
  75. Simón Salazar F, Llodra alvo JC, Aguirre Urizar JM, Arteagoitia Axpe. Vigilancia de la salud dental infantil en el País Vasco. RCOE: Volumen 19,nº Extra 1 (Octubre), 2014.
  76. Sociedad Española de Odontopediatria. Info padres: 10 preguntas para la caries dental. Disponible en: [http://www.odontologiapediatrica.com/10preguntas\\_sobre\\_las\\_caries](http://www.odontologiapediatrica.com/10preguntas_sobre_las_caries). Ministerio de

Sanidad, política Social e Igualdad. Plan de Salud Bucodental Infantil. Disponible en:  
[http://www.mspsi.es/campanas/campanas08/bucoDental/medidas\\_salud\\_bucodental.html](http://www.mspsi.es/campanas/campanas08/bucoDental/medidas_salud_bucodental.html).

77. Tapias Ledesma MA, Jiménez García R, Carrasco Garrido P, et al. Evolución de la prevalencia de caries en una población infantil de Móstoles entre 1988-1997. *Av Odontoestomatol*. 2005; 21-6:333-9.
78. Tapias Ledesma MA, Jimenez R, Carrasco Garrido P, et al. Influence of sociodemographic variables on dental service utilization and oral health among the children included in the year 2001 Spanish National Health Survey. *J Public Health Dent*. 2005;65:215-20.
79. Villalobos-Rodelo, Medina-Solís, Maupomé, Vallejos-Sánchez, Lau-Rojo, Ponce de León-Viedas. *J Periodontol*. May 2007. Volume 78, Number 5.
80. World Health Assembly World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequalities through action on social determinants of health. Geneva, World Health Organization. 2009).
81. World Health Organization. Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region European Social Determinants and Health Divide Review. WHO Regional Office for Europe, (2010).

## ANEXOS



# ANEXO 1:

## CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD

CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD QUE CELEBRAN POR UNA PARTE PALOMA AVILES GUTIERREZ Y POR LA OTRA PARTE EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

## DECLARACIONES

Declaran las partes:

Que han decidido transmitirse mutuamente cierta información confidencial, propiedad de cada una de ellas, a la que en lo sucesivo se le denominará “Información Confidencial”. Que cualquiera de ellas, en virtud de la naturaleza de éste contrato, podrá constituirse como parte receptora o parte divulgante.

1. Que se reconocen mutuamente la personalidad con la que comparecen a celebrar el presente convenio y manifiestan su libre voluntad para obligarse en los términos de las siguientes:

## CLAUSULAS

**PRIMERA.** Las partes se obligan a no divulgar a terceras partes, la “Información Confidencial”, que reciban de la otra, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad.

Para efectos del presente convenio “Información Confidencial” comprende toda la información divulgada por cualesquiera de las partes ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora.

**SEGUNDA.** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la “Información Confidencial” que reciba de la parte divulgante y a no darla a una tercera parte diferente de sus abogados y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados en la Cláusula Sexta de éste convenio, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información.

**TERCERA.** La parte receptora se obliga a no divulgar la “Información Confidencial” a terceros, sin el previo consentimiento por escrito de la parte divulgante.

**CUARTA.** La parte receptora se obliga a tomar las precauciones necesarias y apropiadas para mantener como confidencial la “Información Confidencial” propiedad de la otra parte, incluyendo, mas no limitando, el informar a sus empleados que la manejen, que dicha información es confidencial y que no deberá ser divulgada a terceras partes.

**QUINTA.** La parte receptora esta de acuerdo en que la “Información Confidencial” que reciba de la otra parte es y seguirá siendo propiedad de ésta última, a usar dicha información únicamente de la manera y para los propósitos autorizados en la Cláusula Sexta de este contrato y que este instrumento no otorga, de manera expresa o implícita, derecho intelectual o de propiedad alguno, incluyendo, mas no limitando, Licencias de uso respecto de la “Información Confidencial”

**SEXTA.** La parte receptora se obliga a utilizar la “Información Confidencial” de cualquiera de las otras partes, únicamente con fines académicos y de investigación.

**SEPTIMA.** Las partes convienen que en caso que la parte receptora incumpla parcial o totalmente con las obligaciones a su cargo derivadas del presente contrato, la parte receptora será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la parte divulgante.

**OCTAVA.** No obstante lo dispuesto en contrario en este convenio ninguna parte tendrá obligación de mantener como confidencial cualquier información:

1. Que previa a su divulgación fuese conocida por la parte receptora, libre de cualquier obligación de mantenerla confidencial, según se evidencie por documentación en su posesión;
2. Que sea desarrollada o elaborada de manera independiente por o de parte del receptor o legalmente recibida, libre de restricciones, de otra fuente con derecho a divulgarla;
3. Que sea o llegue a ser del dominio público, sin mediar incumplimiento de este convenio por la parte receptora; y
4. Que se reciba de un tercero sin que esa divulgación quebrante o viole una obligación de confidencialidad.

**NOVENA.** La vigencia del presente convenio será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación entre ambas partes.

**DÉCIMA.** Las obligaciones establecidas en éste convenio para la parte receptora, respecto a la confidencialidad, de la “Información Confidencial” y al uso de la misma, prevalecerán a la terminación de este instrumento, por un periodo de por lo menos 2 (dos) años a partir de dicha terminación.

**DECIMO PRIMERA** Este convenio constituye el acuerdo total entre las partes respecto a dicha información confidencial y substituye a cualquier otro entendimiento previo, oral o escrito, que haya existido entre las partes.

**DECIMO TERCERA.** Ninguna de las partes podrá ceder sus derechos y obligaciones derivados del presente Contrato.

**DECIMO CUARTA.** Este convenio solamente podrá ser modificado mediante consentimiento de las partes, otorgado por escrito.

**DECIMO QUINTA.** Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, las partes se someten a

la jurisdicción de las leyes y tribunales de Mérida, renunciando desde ahora a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa, señalando desde este momento como sus domicilios legales los siguientes:

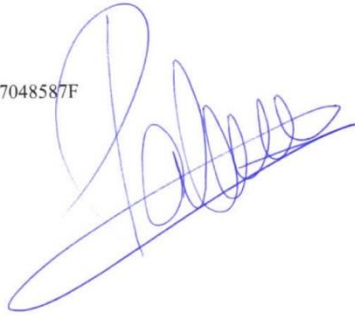
Enteradas las partes del contenido y alcance del presente contrato, lo firman a fecha 30 de Marzo de 2016

Servicio Extremeño de Salud, coordinador del programa de atención dental infantil.

!        !!!



Paloma Avilés Gutiérrez 07048587F

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Paloma', written over a horizontal line.

## ANEXO 2:



Hospital Clínico San Carlos

Comunidad de Madrid

### Informe Dictamen Protocolo Favorable

C.P. - C.I. 17/323-E Tesis

14 de septiembre de 2017

#### CEIC Hospital Clínico San Carlos

Dra. Mar García Arenillas  
Presidenta del CEIC Hospital Clínico San Carlos

#### CERTIFICA

Que el CEIC Hospital Clínico San Carlos en su reunión con acta 9.2/17 ha evaluado la propuesta de la investigadora referida al estudio:

**Título: "Evolución del Programa de Asistencia Dental Infantil en Extremadura desde el año 2010 hasta el 2015".**

**Código Interno:** 17/323-E Tesis

**Investigadora:** Paloma Avilés Gutiérrez

**Tutor:** Dr. Joaquín de Nova

**Versión Protocolo:** Julio 2017

Que en este estudio:

- o Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- o Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- o La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- o El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.
- o Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa legal aplicable en función de las características del estudio.

Es por ello que el Comité **informa favorablemente** sobre la realización de dicho Proyecto.

Lo que firmo en Madrid, a 14 de septiembre de 2017



Fdo.: Dra. Mar García Arenillas  
Presidenta del CEIC Hospital Clínico San Carlos

## ANEXO 3:

MUNICIPIO	CODIGO POSTAL	PROVINCIA	NUCLEO	NUCLEO
(LA GUARDA) CAMPANARIO	6460	BADAJOS	URBANO	URBANO
ABADIA	10748	CACERES	RURAL (348HAB)	RURAL
ABERTURA	10262	CACERES	RURAL (436)	RURAL
ACEBO	10857	CACERES	RURAL (679)	RURAL
ACEDERA	6730	BADAJOS	RURAL (831)	RURAL
ACEHUCHE	10879	CACERES	RURAL (829)	RURAL
ACEITUNA	10666	CACERES	RURAL (615)	RURAL
ACEITUNILLA	10626	CACERES	RURAL	RURAL
ACEÑA DE LA BORREGA (LA)	10515	CACERES	RURAL	RURAL
ACEUCHAL	6207	BADAJOS	SUBURBANO (5538)	SUBURBANO
AHIGAL	10650	CACERES	RURAL (1454)	RURAL
AHILLONES	6940	BADAJOS	RURAL (990)	RURAL
ALAGON	10690	CACERES	RURAL (889)	RURAL
ALANGE	6840	BADAJOS	RURAL (1946)	RURAL
ALBALA	10187	CACERES	RURAL (850)	RURAL
ALBALAT, HIGUERA	10359	CACERES	RURAL (110)	RURAL
ALBUERA (LA)	6170	BADAJOS	RURAL (2029)	RURAL
ALBURQUERQUE	6510	BADAJOS	SUBURBANO (5524)	SUBURBANO
ALCANTARA	10980	CACERES	RURAL (1571)	RURAL
ALCAZABA	6182	BADAJOS	RURAL	RURAL
ALCOLLARIN	10135	CACERES	RURAL (270)	RURAL
ALCONCHEL	6131	BADAJOS	RURAL (1840)	RURAL
ALCONERA	6393	BADAJOS	RURAL (743)	RURAL
ALCORNEO	10515	CACERES	RURAL	RURAL
ALCUESCAR	10160	CACERES	RURAL (2809)	RURAL
ALDEA DE CORTEGANA	6196	BADAJOS	RURAL (248)	RURAL
ALDEA DE RETAMAR	6196	BADAJOS	RURAL	RURAL
ALDEA DEL CANO	10163	CACERES	RURAL (683)	RURAL
ALDEA DEL OBISPO	10291	CACERES	RURAL (326)	RURAL
ALDEA MORET	10195	CACERES	RURAL	RURAL
ALDEACENTENERA	10251	CACERES	RURAL	RURAL
ALDEANUEVA DE LA VERA	10440	CACERES	RURAL	RURAL
ALDEANUEVA DEL CAMINO	10740	CACERES	RURAL	RURAL
ALDEHUELA DE JERTE	10671	CACERES	RURAL	RURAL
ALIA	10137	CACERES	RURAL	RURAL
ALISEDA	10550	CACERES	RURAL (1948)	RURAL
ALJUCEN	6894	BADAJOS	RURAL (230)	RURAL
ALMARAZ	10350	CACERES	RURAL (1663)	RURAL

<b>ALMENDRAL</b>	6171	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>ALMENDRALEJO</b>	6200	BADAJOS	URBANO (35014)	URBANO
<b>ALMOHARIN</b>	10132	CACERES	RURAL (1943)	RURAL
<b>ALMORCHON</b>	6614	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>ALONSO DE OJEDA</b>	10109	CACERES	RURAL (370)	RURAL
<b>ALVARADO - LA RISCA</b>	6170	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>ARROLOBOS</b>	10623	CACERES	RURAL	RURAL
<b>ARROYO DE LA LUZ</b>	10900	CACERES	SUBURBANO (6101)	SUBURBANO
<b>ARROYO DE SAN SERVAN</b>	6850	BADAJOS	SUBURBANO (4195)	SUBURBANO
<b>ARROYOMOLINOS</b>	10161	CACERES	RURAL (827)	RURAL
<b>ARROYOMOLINOS DE LA VERA</b>	10410	CACERES	RURAL (474)	RURAL
<b>ASEGUR</b>	10628	CACERES	RURAL	RURAL
<b>ATALAYA</b>	6329	BADAJOS	RURAL (308)	RURAL
<b>AVELLANAR</b>	10638	CACERES	RURAL	RURAL
<b>AZABAL</b>	10649	CACERES	RURAL	RURAL
<b>AZUAGA</b>	6920	BADAJOS	SUBURBANO (8145)	SUBURBANO
<b>BACOCO</b>	6519	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>BADAJOS</b>	06001 06002 06003 06004 06005 06006 06007 06008 06009 06010 06011 06012	BADAJOS CAPITAL	URBANO (150.000)	URBANO
<b>BALBOA</b>	6195	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>BALDIO</b>	10520	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BAÑOS DE MONTEMAYOR</b>	10750	CACERES	RURAL (782)	RURAL
<b>BARBAÑO</b>	6499	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>BARCARROTA</b>	6160	BADAJOS	SUBURBANO (3631)	SUBURBANO
<b>BARQUILLA (LA)</b>	10318	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BARQUILLA DE PINARES</b>	10318	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BARRADO</b>	10696	CACERES	RURAL (436)	RURAL
<b>BATAN (EL)</b>	10692	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BATERO</b>	6659	BADAJOS	RURAL (323)	RURAL
<b>BAZANA (LA)</b>	6389	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>BELEN</b>	10292	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BELVIS DE MONROY</b>	10394	CACERES	RURAL (638)	RURAL
<b>BENAVENTE</b>	6519	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>BENQUERENCIA</b>	10185	CACERES	RURAL (82)	RURAL
<b>BENQUERENCIA DE LA SERENA</b>	6429	BADAJOS	RURAL (903)	RURAL
<b>BERLANGA</b>	6930	BADAJOS	RURAL (2456)	RURAL

<b>BERROCALEJO</b>	10392	CACERES	RURAL (103)	RURAL
<b>BERZOCANA</b>	10129	CACERES	RURAL (478)	RURAL
<b>BIENVENIDA</b>	6250	BADAJOS	RURAL (2254)	RURAL
<b>BODONAL DE LA SIERRA</b>	6394	BADAJOS	RURAL (1093)	RURAL
<b>BOHONAL DE IBOR</b>	10320	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BOTIJA</b>	10185	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BOTOA</b>	6194	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>BRONCO (EL)</b>	10660	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BROVALES</b>	6389	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>BROZAS</b>	10950	CACERES	RURAL	RURAL
<b>BURGUILLOS DEL CERRO</b>	6370	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>CABAÑAS DEL CASTILLO</b>	10373	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CABEZA BELLOSA</b>	10729	CACERES	RURAL (391)	RURAL
<b>CABEZA DEL BUEY</b>	6600	BADAJOS	SUBURBANO (5234)	SUBURBANO
<b>CABEZA LA VACA</b>	6293	BADAJOS	RURAL (1403)	RURAL
<b>CABEZO</b>	10625	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CABEZUELA</b>	10610	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CABEZUELA DEL VALLE</b>	10610	CACERES	RURAL (2341)	RURAL
<b>CABRERO</b>	10616	CACERES	RURAL (359)	RURAL
<b>CACERES</b>	10001 10002 10003 10004 10005	CACERES CAPITAL	URBANO (95925)	URBANO
<b>CACHORRILLA</b>	10881	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CADALSO</b>	10865	CACERES	RURAL (483)	RURAL
<b>CALAMONTE</b>	6810	BADAJOS	SUBURBANO (6354)	SUBURBANO
<b>CALERA (LA)</b>	10137	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CALERA DE LEON</b>	6292	BADAJOS	RURAL (1002)	RURAL
<b>CALZADILLA</b>	10817	CACERES	RURAL (503)	RURAL
<b>CALZADILLA DE LOS BARROS</b>	6249	BADAJOS	RURAL (848)	RURAL
<b>CAMBRONCINO</b>	10629	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CAMINOMORISCO</b>	10620	CACERES	RURAL (1267)	RURAL
<b>CAMPANARIO</b>	6460	BADAJOS	SUBURBANO (5182)	SUBURBANO
<b>CAMPILLO DE DELEITOSA</b>	10329	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CAMPILLO DE LLERENA</b>	6443	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>CAMPO LUGAR</b>	10134	CACERES	RURAL (941)	RURAL
<b>CAÑADILLA (GUAREÑA)</b>	6470	BADAJOS	SUBURBANO	SUBURBANO
<b>CAÑAMERO</b>	10136	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CAÑAVERAL</b>	10820	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CAPILLA</b>	6012	BADAJOS	RURAL (187)	RURAL
<b>CARBAJO</b>	10511	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CARCABOSO</b>	10670	CACERES	RURAL (1122)	RURAL
<b>CARDENCHOSA (LA)</b>	6929	BADAJOS	RURAL	RURAL

<b>CARMONITA</b>	6488	BADAJOS	RURAL (561)	RURAL
<b>CARRASCALEJO</b>	10331	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAR DE CACERES</b>	10190	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAR DE MIAJADAS</b>	10109	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAR DE PALOMERO</b>	10649	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASARES DE LAS HURDES</b>	10628	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAS DE BELVIS</b>	10394	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAS DE DON ANTONIO</b>	10162	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAS DE DON GOMEZ</b>	10818	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAS DE DON PEDRO</b>	6770	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>CASAS DE MILLAN</b>	10592	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAS DE MIRAVETE</b>	10360	CACERES	RURAL (148)	RURAL
<b>CASAS DE REINA</b>	6960	BADAJOS	RURAL (196)	RURAL
<b>CASAS DE SAN JUAN</b>	10187	CACERES	RURAL (850)	RURAL
<b>CASAS DEL CASTAÑAR</b>	10616	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASAS DEL MONTE</b>	10730	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASATEJADA</b>	10520	CACERES	RURAL (1439)	RURAL
<b>CASILLAS DE CORIA</b>	10818	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASIÑAS (LAS)</b>		CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASTAÑAR DE IBOR</b>	10340	CACERES	RURAL (1139)	RURAL
<b>CASTILBLANCO</b>	6680	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>CASTILLO</b>	10638	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CASTUERA</b>	6420	BADAJOS	SUBURBANO (6255)	SUBURBANO
<b>CECLAVIN</b>	10870	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CEDILLO</b>	10513	CACERES	RURAL (493)	RURAL
<b>CEREZAL</b>	10627	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CEREZO</b>	10663	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CERRO (EL)</b>	6009	BADAJOS	URBANO	URBANO
<b>CERRO GORDO</b>	6009	BADAJOS	URBANO	URBANO
<b>CHELES</b>	6105	BADAJOS	RURAL (1220)	RURAL
<b>CILLEROS</b>	10895	CACERES	RURAL	RURAL
<b>CODOSERA (LA)</b>	6518	BADAJOS	RURAL (2221)	RURAL
<b>COLLADO DE LA VERA</b>	10414	CACERES	RURAL (156)	RURAL
<b>CONQUISTA DE LA SIERRA</b>	10240	CACERES	RURAL (202)	RURAL
<b>CONQUISTA DEL GUADIANA</b>	6410	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>CORAZON DE JESUS</b>	6379	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>CORDOBILLA DE LACARA</b>	6487	BADAJOS	RURAL (974)	RURAL
<b>CORIA</b>	10800	CACERES	URBANO (12121)	URBANO
<b>CORONADA (LA)</b>	6469	BADAJOS	RURAL (2197)	RURAL
<b>CORTE DE PELEAS</b>	6196	BADAJOS	RURAL (1301)	RURAL
<b>CORTEGANA</b>	6196	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>CRISTINA</b>	6479	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>CUACOS DE YUSTE</b>	10430	CACERES	RURAL (877)	RURAL

<b>CUMBRE (LA)</b>	10270	CACERES	RURAL (929)	RURAL
<b>DEHESA MAYORGA</b>	6500	BADAJOS	RURAL (50)	RURAL
<b>DEHESILLA DE CALAMON</b>	6010	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>DELEITOSA</b>	10370	CACERES	RURAL	RURAL
<b>DESCARGAMARIA</b>	10866	CACERES	RURAL (152)	RURAL
<b>DON ALVARO</b>	6820	BADAJOS	RURAL (771)	RURAL
<b>DON BENITO</b>	6400	BADAJOS	URBANO (37011)	URBANO
<b>ELIAS</b>	10891	CACERES	RURAL (970)	RURAL
<b>ENTRERRIOS</b>	6710	BADAJOS	RURAL (798)	RURAL
<b>ENTRIN ALTO</b>	6197	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>ENTRIN BAJO</b>	6197	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>ERIAS</b>	10638	CACERES	RURAL	RURAL
<b>ESCURIAL</b>	10133	CACERES	RURAL (788)	RURAL
<b>ESPARRAGALEJO</b>	6860	BADAJOS	RURAL (1498)	RURAL
<b>ESPARRAGOSA DE LA SERENA</b>	6439	BADAJOS	RURAL (1058)	RURAL
<b>ESPARRAGOSA DE LARES</b>	6620	BADAJOS	RURAL (987)	RURAL
<b>FERIA</b>	6390	BADAJOS	RURAL (1230)	RURAL
<b>FONTAÑERA (LA)</b>	10516	CACERES	RURAL	RURAL
<b>FRAGOSA</b>	10627	CACERES	RURAL	RURAL
<b>FREGENAL DE LA SIERRA</b>	6340	BADAJOS	SUBURBANO (5001)	SUBURBANO
<b>FRESNEDOSO DE IBOR</b>	10328	CACERES	RURAL (304)	RURAL
<b>FUENLABRADA DE LOS MONTES</b>	6660	BADAJOS	RURAL (1930)	RURAL
<b>FUENTE DE CANTOS</b>	6240	BADAJOS	SUBURBANO (5002)	SUBURBANO
<b>FUENTE DEL ARCO</b>	6980	BADAJOS	RURAL (719)	RURAL
<b>FUENTE DEL MAESTRE</b>	6360	BADAJOS	SUBURBANO (6906)	SUBURBANO
<b>FUENTES DE LEON</b>	6280	BADAJOS	RURAL (2430)	RURAL
<b>GALISTEO</b>	10691	CACERES	RURAL (1006)	RURAL
<b>GARBAYUELA</b>	6690	BADAJOS	RURAL (543)	RURAL
<b>GARCIAZ</b>	10250	CACERES	RURAL (801)	RURAL
<b>GARGALIGAS</b>	6711	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>GARGANTA (LA)</b>	10759	CACERES	RURAL (464)	RURAL
<b>GARGANTA LA OLLA</b>	10412	CACERES	RURAL (994)	RURAL
<b>GARGANTILLA</b>	10749	CACERES	RURAL (423)	RURAL
<b>GARGUERA</b>	10696	CACERES	RURAL (151)	RURAL
<b>GARLITOS</b>	6656	BADAJOS	RURAL (631)	RURAL
<b>GARROVILLA (LA)</b>	6870	BADAJOS	RURAL (2434)	RURAL
<b>GARROVILLAS DE ALCONETAR</b>	10940	CACERES	RURAL (2226)	RURAL
<b>GARVIN</b>	10333	CACERES	RURAL (97)	RURAL
<b>GASCO (EL)</b>	10627	CACERES	RURAL	RURAL

<b>GATA</b>	10860	CACERES	RURAL (1662)	RURAL
<b>GEVORA</b>	6180	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>GOLF GUADIANA</b>	6170	BADAJOS	URBANO	URBANO
<b>GORDO (EL)</b>	10392	CACERES	RURAL (375)	RURAL
<b>GRANJA (LA)</b>	10711	CACERES	RURAL	RURAL
<b>GRANJA DE TORREHERMOSA</b>	6910	BADAJOS	RURAL (2186)	RURAL
<b>GUADAJIRA</b>	6187	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>GUADALPERALES (LOS)</b>	6713	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>GUADALUPE</b>	10140	CACERES	RURAL (2021)	RURAL
<b>GUADIANA DEL CAUDILLO</b>	6186	BADAJOS	RURAL (2527)	RURAL
<b>GUARDA (LA)</b>	6459	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>GUAREÑA</b>	6470	BADAJOS	SUBURBANO (7227)	SUBURBANO
<b>GUIJO DE CORIA</b>	10815	CACERES	RURAL (227)	RURAL
<b>GUIJO DE GALISTEO</b>	10816	CACERES	RURAL (1601)	RURAL
<b>GUIJO DE GRANADILLA</b>	10665	CACERES	RURAL (594)	RURAL
<b>GUIJO DE SANTA BARBARA</b>	10459	CACERES	RURAL (423)	RURAL
<b>HABA (LA)</b>	6714	BADAJOS	RURAL (1296)	RURAL
<b>HELECHAL</b>	6613	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>HELECHOSA DE LOS MONTES</b>	6692	BADAJOS	RURAL (715)	RURAL
<b>HERGUIJUELA</b>	10230	CACERES	RURAL (346)	RURAL
<b>HERNAN CORTES</b>	6412	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>HERNAN PEREZ</b>	10868	CACERES	RURAL (489)	RURAL
<b>HERRERA DE ALCANTARA</b>	10512	CACERES	RURAL (275)	RURAL
<b>HERRERA DEL DUQUE</b>	6670	BADAJOS	SUBURBANO (3706)	SUBURBANO
<b>HERRERUELA</b>	10560	CACERES	RURAL (376)	RURAL
<b>HERVAS</b>	10700	CACERES	SUBURBANO (4180)	SUBURBANO
<b>HIGUERA DE LA SERENA</b>	6441	BADAJOS	RURAL (1001)	RURAL
<b>HIGUERA DE LLERENA</b>	6445	BADAJOS	RURAL (348)	RURAL
<b>HIGUERA DE VARGAS</b>	6132	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>HIGUERA LA REAL</b>	6350	BADAJOS	RURAL (2401)	RURAL
<b>HINOJAL</b>	10192	CACERES	RURAL (426)	RURAL
<b>HINOJOSA DEL VALLE</b>	6226	BADAJOS	RURAL (519)	RURAL
<b>HOLGUERA</b>	10829	CACERES	RURAL (713)	RURAL
<b>HORCAJO</b>	10638	CACERES	RURAL	RURAL
<b>HORNACHOS</b>	6228	BADAJOS	SUBURBANO (3777)	SUBURBANO
<b>HOYOS</b>	10850	CACERES	RURAL (909)	RURAL
<b>HUELAGA</b>	10849	CACERES	RURAL (221)	RURAL
<b>HUERTA</b>	10629	CACERES	RURAL	RURAL
<b>HUERTA DE ANIMAS</b>	10290	CACERES	RURAL	RURAL



<b>HUERTAS DE CANSA (LAS)</b>	10514	CACERES	RURAL	RURAL
<b>HUERTAS DE LA MAGDALENA</b>	10291	CACERES	RURAL	RURAL
<b>HUETRE (LA)</b>	10628	CACERES	RURAL	RURAL
<b>IBAHERNANDO</b>	10280	CACERES	RURAL (567)	RURAL
<b>JARAICEJO</b>	10380	CACERES	RURAL (531)	RURAL
<b>JARAIZ DE LA VERA</b>	10400	CACERES	SUBURBANO (6515)	SUBURBANO
<b>JARANDILLA DE LA VERA</b>	10450	CACERES	RURAL (2994)	RURAL
<b>JARILLA</b>	10728	CACERES	RURAL (152)	RURAL
<b>JEREZ DE LOS CABALLEROS</b>	6380	BADAJOS	SUBURBANO (9623)	SUBURBANO
<b>JERTE</b>	10612	CACERES	RURAL (1289)	RURAL
<b>LACARA</b>	6489	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>LADRILLAR</b>	10625	CACERES	RURAL (197)	RURAL
<b>LANCHUELAS (LAS)</b>	10519	CACERES	RURAL	RURAL
<b>LAPA (LA)</b>	6391	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>LLERA</b>	6227	BADAJOS	RURAL (905)	RURAL
<b>LLERENA</b>	6900	BADAJOS	SUBURBANO (5969)	SUBURBANO
<b>LOBON</b>	6498	BADAJOS	RURAL (2840)	RURAL
<b>LOGROSAN</b>	10120	CACERES	RURAL (2119)	RURAL
<b>LOMAS DEL SALIENTE</b>	10319	CACERES	SUBURBANO (9241)	SUBURBANO
<b>LOSAR DE LA VERA</b>	10460	CACERES	RURAL (2846)	RURAL
<b>MADRIGAL DE LA VERA</b>	10480	CACERES	RURAL (1741)	RURAL
<b>MADRIGALEJO</b>	10110	CACERES	RURAL (1862)	RURAL
<b>MADROÑERA</b>	10210	CACERES	RURAL (2749)	RURAL
<b>MAGACELA</b>	6468	BADAJOS	RURAL (561)	RURAL
<b>MAGUILLA</b>	6939	BADAJOS	RURAL (1010)	RURAL
<b>MAJADAS</b>	10529	CACERES	RURAL (1321)	RURAL
<b>MALCOCINADO</b>	6928	BADAJOS	RURAL (405)	RURAL
<b>MALPARTIDA DE CACERES</b>	10910	CACERES	SUBURBANO (4357)	SUBURBANO
<b>MALPARTIDA DE LA SERENA</b>	6440	BADAJOS	RURAL (610)	RURAL
<b>MALPARTIDA DE PLASENCIA</b>	10680	CACERES	SUBURBANO (4707)	SUBURBANO
<b>MANCHITA</b>	6478	BADAJOS	RURAL (761)	RURAL
<b>MARCHAGAZ</b>	10662	CACERES	RURAL (231)	RURAL
<b>MARTILANDRAN</b>	10627	CACERES	RURAL	RURAL
<b>MATA DE ALCANTARA</b>	10970	CACERES	RURAL (314)	RURAL
<b>MEDELLIN</b>	6411	BADAJOS	RURAL (2321)	RURAL
<b>MEDINA DE LAS TORRES</b>	6320	BADAJOS	RURAL (1287)	RURAL
<b>MEMBRIO</b>	10580	CACERES	RURAL (701)	RURAL
<b>MENGABRIL</b>	6413	BADAJOS	RURAL (479)	RURAL

<b>MERIDA</b>	6800	BADAJOS	URBANO (58985)	URBANO
<b>MESAS DE IBOR</b>	10329	CACERES	RURAL (173)	RURAL
<b>MESEGA</b>	10638	CACERES	RURAL	RURAL
<b>MESTAS (LAS)</b>	10624	CACERES	RURAL	RURAL
<b>MIJADAS</b>	10100	CACERES	URBANO (10012)	URBANO
<b>MILLANES DE LA MATA</b>	10394	CACERES	RURAL (255)	RURAL
<b>MIRABEL</b>	10540	CACERES	RURAL (692)	RURAL
<b>MIRALRIO</b>	6800	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>MIRANDILLA</b>	6891	BADAJOS	RURAL (1357)	RURAL
<b>MOHEDA DE GATA (LA)</b>	10849	CACERES	RURAL	RURAL
<b>MOHEDAS DE GRANADILLA</b>	10649	CACERES	RURAL (867)	RURAL
<b>MONESTERIO</b>	6260	BADAJOS	SUBURBANO (4345)	SUBURBANO
<b>MONROY</b>	10194	CACERES	RURAL (1053)	RURAL
<b>MONTANCHEZ</b>	10170	CACERES	RURAL (1839)	RURAL
<b>MONTEHERMOSO</b>	10810	CACERES	SUBURBANO (5855)	SUBURBANO
<b>MONTEMOLIN</b>	6291	BADAJOS	RURAL (1467)	RURAL
<b>MONTEERRUBIO DE LA SERENA</b>	6427	BADAJOS	RURAL (2537)	RURAL
<b>MONTIJO</b>	6480	BADAJOS	URBANO (15961)	URBANO
<b>MONTITOS (LOS)</b>	6009	BADAJOS	URBANO	URBANO
<b>MORALEJA</b>	10840	CACERES	SUBURBANO (7072)	SUBURBANO
<b>MORCILLO</b>	10811	CACERES	RURAL (406)	RURAL
<b>MORERA (LA)</b>	6176	BADAJOS	RURAL (744)	RURAL
<b>MUELA</b>	10638	CACERES	RURAL	RURAL
<b>NAVA (LA)</b>	6615	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>NAVA DE SANTIAGO</b>	6486	BADAJOS	RURAL (1015)	RURAL
<b>NAVACONCEJO</b>	10613	CACERES	RURAL (2001)	RURAL
<b>NAVALMORAL DE LA MATA</b>	10300	CACERES	URBANO (17322)	URBANO
<b>NAVALVILLAR DE IBOR</b>	10341	CACERES	RURAL	RURAL
<b>NAVALVILLAR DE PELA</b>	6760	BADAJOS	SUBURBANO (4714)	SUBURBANO
<b>NAVAS DEL MADROÑO</b>	10930	CACERES	RURAL (1367)	RURAL
<b>NAVATRASIERRA</b>	10331	CACERES	RURAL	RURAL
<b>NAVEZUELAS</b>	10374	CACERES	RURAL (660)	RURAL
<b>NOGALES</b>	6173	BADAJOS	RURAL (699)	RURAL
<b>NOVELDA DEL GUADIANA</b>	6183	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>NUÑOMORAL</b>	10626	CACERES	RURAL (1393)	RURAL
<b>OBANDO</b>	6730	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>OLIVA DE LA FRONTERA</b>	6120	BADAJOS	SUBURBANO (5461)	SUBURBANO
<b>OLIVA DE MERIDA</b>	6475	BADAJOS	RURAL (1795)	RURAL
<b>OLIVA DE PLASENCIA</b>	10667	CACERES	RURAL (264)	RURAL

<b>OLIVENZA</b>	6100	BADAJOS	URBANO (12104)	URBANO
<b>ORELLANA DE LA SIERRA</b>	6750	BADAJOS	RURAL (258)	RURAL
<b>ORELLANA LA VIEJA</b>	6740	BADAJOS	RURAL (2842)	RURAL
<b>PALAZUELO</b>	6717	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>PALLARES</b>	6907	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>PALOMAS</b>	6476	BADAJOS	RURAL (698)	RURAL
<b>PALOMERO</b>	10660	CACERES	RURAL (374)	RURAL
<b>PARRA (LA)</b>	6176	BADAJOS	RURAL (1381)	RURAL
<b>PASARON DE LA VERA</b>	10411	CACERES	RURAL (659)	RURAL
<b>PEDRO-MUÑOZ</b>	10630	CACERES	RURAL (98)	RURAL
<b>PEDROSO DE ACIM</b>	10829	CACERES	RURAL (111)	RURAL
<b>PELOCHE</b>	6679	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>PEÑALSORDO</b>	6610	BADAJOS	RURAL (1088)	RURAL
<b>PERALEDA DE LA MATA</b>	10335	CACERES	RURAL (1420)	RURAL
<b>PERALEDA DE SAN ROMAN</b>	10334	CACERES	RURAL (316)	RURAL
<b>PERALEDA DEL ZAUCEJO</b>	6919	BADAJOS	RURAL (562)	RURAL
<b>PERALES DEL PUERTO</b>	10896	CACERES	RURAL (979)	RURAL
<b>PESCUEZA</b>	10882	CACERES	RURAL (166)	RURAL
<b>PESGA (LA)</b>	10649	CACERES	RURAL (1138)	RURAL
<b>PIEDRAS ALBAS</b>	10991	CACERES	RURAL (156)	RURAL
<b>PINARES (LOS)</b>	10529	CACERES	RURAL	RURAL
<b>PINO (EL)</b>	10514	CACERES	RURAL	RURAL
<b>PINOFRANQUEADO</b>	10630	CACERES	RURAL (1760)	RURAL
<b>PIORNAL</b>	10615	CACERES	RURAL (1549)	RURAL
<b>PIZARRO</b>	10134	CACERES	RURAL	RURAL
<b>PLASENCIA</b>	10600	CACERES	URBANO (40962)	URBANO
<b>PLASENZUELA</b>	10271	CACERES	RURAL (497)	RURAL
<b>PORTAJE</b>	10883	CACERES	RURAL (390)	RURAL
<b>PORTEZUELO</b>	10828	CACERES	RURAL (262)	RURAL
<b>POZUELO DE ZARZON</b>	100813	CACERES	RURAL (499)	RURAL
<b>PRADOCHANO</b>	10671	CACERES	RURAL	RURAL
<b>PROSERPINA</b>	6800	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>PUEBLA DE ALCOCER</b>	6630	BADAJOS	RURAL (1249)	RURAL
<b>PUEBLA DE ALCOLLARIN</b>	6717	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>PUEBLA DE ARGEME</b>	10811	CACERES	RURAL	RURAL
<b>PUEBLA DE LA CALZADA</b>	6490	BADAJOS	SUBURBANO (5991)	SUBURBANO
<b>PUEBLA DE LA REINA</b>	6477	BADAJOS	RURAL (804)	RURAL
<b>PUEBLA DE OBANDO</b>	6191	BADAJOS	RURAL (1913)	RURAL
<b>PUEBLA DE SANCHEZ PEREZ</b>	6310	BADAJOS	RURAL (2798)	RURAL
<b>PUEBLA DEL MAESTRE</b>	6906	BADAJOS	RURAL (767)	RURAL
<b>PUEBLA DEL PRIOR</b>	6229	BADAJOS	RURAL (523)	RURAL
<b>PUEBLO NUEVO DE MIRAMONTES</b>	10318	CACERES	RURAL	RURAL
<b>PUEBLONUEVO DEL</b>	6184	BADAJOS	RURAL (2056)	RURAL

<b>GUADIANA</b>				
<b>PUERTO DE SANTA CRUZ</b>	10261	CACERES	RURAL (359)	RURAL
<b>PUERTO HURRACO</b>	6428	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>QUINTANA DE LA SERENA</b>	6450	BADAJOS	SUBURBANO (4894)	SUBURBANO
<b>RABAZA (LA)</b>	6518	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>RAPOSO (EL)</b>	6392	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>REBOLLAR</b>	10617	CACERES	RURAL (222)	RURAL
<b>REINA</b>	6970	BADAJOS	RURAL (180)	RURAL
<b>RETAMAL DE LLERENA</b>	6442	BADAJOS	RURAL (484)	RURAL
<b>RETAMOSA</b>	10372	CACERES	RURAL (48)	RURAL
<b>RIBERA DEL FRESNO</b>	6225	BADAJOS	SUBURBANO (3496)	SUBURBANO
<b>RINCON DE BALLESTEROS</b>	10199	CACERES	RURAL	RURAL
<b>RINCON DEL OBISPO</b>	10811	CACERES	RURAL	RURAL
<b>RIO CAYA</b>	6006	BADAJOS	URBANO	URBANO
<b>RIOLOBOS</b>	10693	CACERES	RURAL (1310)	RURAL
<b>RIOMALO DE ABAJO</b>	10624	CACERES	RURAL	RURAL
<b>RISCO</b>	6657	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>RIVERA OVEJA</b>	10649	CACERES	RURAL	RURAL
<b>ROBLEDILLO DE GATA</b>	10867	CACERES	RURAL (100)	RURAL
<b>ROBLEDILLO DE LA VERA</b>	10493	CACERES	RURAL (312)	RURAL
<b>ROBLEDILLO DE TRUJILLO</b>	10269	CACERES	RURAL (384)	RURAL
<b>ROBLEDOLLANO</b>	10371	CACERES	RURAL (337)	RURAL
<b>ROCA DE LA SIERRA (LA)</b>	6190	BADAJOS	RURAL (1514)	RURAL
<b>ROMANGORDO</b>	10359	CACERES	RURAL (254)	RURAL
<b>ROSALEJO</b>	10391	CACERES	RURAL (1509)	RURAL
<b>ROTURAS DE CABAÑAS</b>	10373	CACERES	RURAL (366)	RURAL
<b>RUANES</b>	10272	CACERES	RURAL (67)	RURAL
<b>RUECAS</b>	6412	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SAGRAJAS</b>	6181	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SALORINO</b>	10570	CACERES	RURAL (642)	RURAL
<b>SALVALEON</b>	6174	BADAJOS	RURAL (1916)	RURAL
<b>SALVATIERRA DE LOS BARROS</b>	6175	BADAJOS	RURAL (1721)	RURAL
<b>SALVATIERRA DE SANTIAGO</b>	10189	CACERES	RURAL (251)	RURAL
<b>SAN BENITO DE LA CONTIENDA</b>	6106	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SAN FRANCISCO DE OLIVENZA</b>	6109	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SAN GIL</b>	10690	CACERES	RURAL	RURAL
<b>SAN JORGE DE ALOR</b>	6108	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SAN MARCOS</b>	6200	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SAN MARTIN DE TREVEJO</b>	10892	CACERES	RURAL (861)	RURAL
<b>SAN PEDRO DE MERIDA</b>	6893	BADAJOS	RURAL (853)	RURAL

<b>SAN RAFAEL DE OLIVENZA</b>	6109	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SAN VICENTE DE ALCANTARA</b>	6500	BADAJOS	SUBURBANO (5725)	SUBURBANO
<b>SANCTI-SPIRITUS</b>	6655	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SANTA AMALIA</b>	6410	BADAJOS	SUBURBANO (4196)	SUBURBANO
<b>SANTA ANA</b>	10189	CACERES	RURAL (275)	RURAL
<b>SANTA CRUZ DE LA SIERRA</b>	10260	CACERES	RURAL (337)	RURAL
<b>SANTA CRUZ DE PANIAGUA</b>	10661	CACERES	RURAL (341)	RURAL
<b>SANTA MARIA DE LAS LOMAS</b>	10310	CACERES	RURAL	RURAL
<b>SANTA MARIA DE NAVA</b>	6908	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>SANTA MARTA DE LOS BARROS</b>	6150	BADAJOS	SUBURBANO (4321)	SUBURBANO
<b>SANTA MARTA DE MAGASCA</b>	10198	CACERES	RURAL (305)	RURAL
<b>SANTIAGO DE ALCANTARA</b>	10510	CACERES	RURAL (585)	RURAL
<b>SANTIAGO DEL CAMPO</b>	10191	CACERES	RURAL (274)	RURAL
<b>SANTIBAÑEZEL ALTO</b>	10859	CACERES	RURAL (372)	RURAL
<b>SANTIBAÑEZEL BAJO</b>	10666	CACERES	RURAL (752)	RURAL
<b>SANTO DOMINGO</b>	6108	BADAJOS	RURAL (16)	RURAL
<b>SANTOS DE MAIMONA (LOS)</b>	6230	BADAJOS	SUBURBANO (8249)	SUBURBANO
<b>SAUCEDA</b>	10639	CACERES	RURAL	RURAL
<b>SAUCEDILLA</b>	10390	CACERES	RURAL (847)	RURAL
<b>SEGURA DE LEON</b>	6270	BADAJOS	RURAL (2052)	RURAL
<b>SEGURA DE TORO</b>	10739	CACERES	RURAL (202)	RURAL
<b>SERRADILLA</b>	10530	CACERES	RURAL (1624)	RURAL
<b>SERREJON</b>	10528	CACERES	RURAL (446)	RURAL
<b>SIERRA DE FUENTES</b>	10181	CACERES	RURAL (2043)	RURAL
<b>SIN ENTIDAD SINGULAR</b>	DESCONOCIDO	DESCONOCIDO	DESCONOCIDO	DESCONOCIDO
<b>SIRUELA</b>	6650	BADAJOS	RURAL (2059)	RURAL
<b>SOLANA DE LOS BARROS</b>	6209	BADAJOS	RURAL (2717)	RURAL
<b>TALARRUBIAS</b>	6640	BADAJOS	SUBURBANO (3597)	SUBURBANO
<b>TALAVAN</b>	10193	CACERES	RURAL (919)	RURAL
<b>TALAVERA LA REAL</b>	6140	BADAJOS	SUBURBANO (5535)	SUBURBANO
<b>TALAVERUELA DE LA VERA</b>	10491	CACERES	RURAL (350)	RURAL
<b>TALAYUELA</b>	10310	CACERES	SUBURBANO (8268)	SUBURBANO
<b>TALIGA</b>	6133	BADAJOS	RURAL (746)	RURAL
<b>TAMUREJO</b>	6658	BADAJOS	RURAL (235)	RURAL
<b>TEJEDA DE TIETAR</b>	10420	CACERES	RURAL (862)	RURAL
<b>TIETAR DEL CAUDILLO</b>	10319	CACERES	RURAL (948)	RURAL
<b>TORIL</b>	10521	CACERES	RURAL (167)	RURAL

<b>TORNAVACAS</b>	10611	CACERES	RURAL (1164)	RURAL
<b>TORNO (EL)</b>	10617	CACERES	RURAL (960)	RURAL
<b>TORRE DE DON MIGUEL</b>	10864	CACERES	RURAL (516)	RURAL
<b>TORRE DE MIGUEL SESMERO</b>	6172	BADAJOS	RURAL (1274)	RURAL
<b>TORRE DE SANTA MARIA</b>	10186	CACERES	RURAL (602)	RURAL
<b>TORRECILLA DE LA TIESA</b>	10252	CACERES	RURAL (1151)	RURAL
<b>TORRECILLA DE LOS ANGELES</b>	10869	CACERES	RURAL (645)	RURAL
<b>TORREFRESNEDA</b>	6410	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>TORREJON EL RUBIO</b>	10694	CACERES	RURAL (636)	RURAL
<b>TORREJONCILLO</b>	10830	CACERES	SUBURBANO (3148)	SUBURBANO
<b>TORREMAYOR</b>	6880	BADAJOS	RURAL (1041)	RURAL
<b>TORREMEJIAS</b>	6210	BADAJOS	RURAL (2266)	RURAL
<b>TORREMENGA</b>	10413	CACERES	RURAL (641)	RURAL
<b>TORREMOCHA</b>	10184	CACERES	RURAL (932)	RURAL
<b>TORREORGAZ</b>	10182	CACERES	RURAL (1710)	RURAL
<b>TORREQUEMADA</b>	10183	CACERES	RURAL (586)	RURAL
<b>TORVISCAL (EL)</b>	6719	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>TRASIERRA</b>	6909	BADAJOS	RURAL (659)	RURAL
<b>TRES ARROYOS</b>	6170	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>TRUJILLANOS</b>	6892	BADAJOS	RURAL (1430)	RURAL
<b>TRUJILLO</b>	10200	CACERES	SUBURBANO (9558)	SUBURBANO
<b>USAGRE</b>	6290	BADAJOS	RURAL (1884)	RURAL
<b>VAGUADAS (LAS)</b>	6010	BADAJOS	URBANO	URBANO
<b>VALDASTILLAS</b>	10614	CACERES	RURAL (335)	RURAL
<b>VALDEBOTOA</b>	6194	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>VALDECABALLEROS</b>	6689	BADAJOS	RURAL (1156)	RURAL
<b>VALDECAÑAS DE TAJO</b>	10329	CACERES	RURAL (139)	RURAL
<b>VALDEFUNTES</b>	10180	CACERES	RURAL (1307)	RURAL
<b>VALDEHORNILLOS</b>	6410	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>VALDEHUNCAR</b>	10393	CACERES	RURAL (198)	RURAL
<b>VALDEIÑIGOS</b>	10697	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VALDELACALZADA</b>	6185	BADAJOS	RURAL (2752)	RURAL
<b>VALDELACASA DE TAJO</b>	10332	CACERES	RURAL (424)	RURAL
<b>VALDELAMATANZA</b>	37724	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VALDEMORALES</b>	10131	CACERES	RURAL (208)	RURAL
<b>VALDENCIN</b>	10839	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VALDEOBISPO</b>	10672	CACERES	RURAL (705)	RURAL
<b>VALDERROSAS</b>	10671	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VALDESALOR</b>	10195	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VALDETORRES</b>	6474	BADAJOS	RURAL (1225)	RURAL
<b>VALDIVIA</b>	6720	BADAJOS	RURAL	RURAL

<b>VALENCIA DE ALCANTARA</b>	10500	CACERES	SUBURBANO (5786)	SUBURBANO
<b>VALENCIA DE LAS TORRES</b>	6444	BADAJOS	RURAL (673)	RURAL
<b>VALENCIA DEL MOMBUEY</b>	6134	BADAJOS	RURAL (786)	RURAL
<b>VALENCIA DEL VENTOSO</b>	6330	BADAJOS	RURAL (2115)	RURAL
<b>VALLE DE LA SERENA</b>	6458	BADAJOS	RURAL (1332)	RURAL
<b>VALLE DE MATAMOROS</b>	6177	BADAJOS	RURAL (407)	RURAL
<b>VALLE SANTA ANA</b>	6178	BADAJOS	RURAL (1162)	RURAL
<b>VALRIO</b>	10811	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VALUENGO</b>	6389	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>VALVERDE DE BURGUILLAS</b>	6378	BADAJOS	RURAL (302)	RURAL
<b>VALVERDE DE LA VERA</b>	10490	CACERES	RURAL (522)	RURAL
<b>VALVERDE DE LEGANES</b>	6130	BADAJOS	SUBURBANO (4193)	SUBURBANO
<b>VALVERDE DE LLERENA</b>	6927	BADAJOS	RURAL (662)	RURAL
<b>VALVERDE DE MERIDA</b>	6890	BADAJOS	RURAL (1107)	RURAL
<b>VALVERDE DEL FRESNO</b>	10890	CACERES	RURAL (2441)	RURAL
<b>VEGAS ALTAS</b>	6731	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>VEGAS DE CORIA</b>	10623	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VEGAVIANA</b>	10848	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VIANDAR DE LA VERA</b>	10492	CACERES	RURAL (272)	RURAL
<b>VILLA DEL CAMPO</b>	10814	CACERES	RURAL	RURAL
<b>VILLAFRANCA DE LOS BARROS</b>	6220	BADAJOS	URBANO (13314)	URBANO
<b>VILLAFRANCO DEL GUADIANA</b>	6195	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>VILLAGARCIA DE LA TORRE</b>	6950	BADAJOS	RURAL (959)	RURAL
<b>VILLAGONZALO</b>	6473	BADAJOS	RURAL (1202)	RURAL
<b>VILLALBA DE LOS BARROS</b>	6208	BADAJOS	RURAL (1588)	RURAL
<b>VILLAMESIAS</b>	10263	CACERES	RURAL (325)	RURAL
<b>VILLAMIEL</b>	10893	CACERES	RURAL (542)	RURAL
<b>VILLANUEVA DE LA SERENA</b>	6700	BADAJOS	URBANO (26101)	URBANO
<b>VILLANUEVA DE LA SIERRA</b>	10812	CACERES	RURAL (476)	RURAL
<b>VILLANUEVA DE LA VERA</b>	10470	CACERES	RURAL (2155)	RURAL
<b>VILLANUEVA DEL FRESNO</b>	6110	BADAJOS	SUBURBANO (3538)	SUBURBANO
<b>VILLAR DE PLASENCIA</b>	10720	CACERES	RURAL (235)	RURAL
<b>VILLAR DE RENA</b>	6716	BADAJOS	RURAL (1420)	RURAL
<b>VILLAR DEL PEDROSO</b>	10330	CACERES	RURAL (639)	RURAL
<b>VILLAR DEL REY</b>	6192	BADAJOS	RURAL (2301)	RURAL
<b>VILLARREAL</b>	6107	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>VILLARTA DE LOS MONTES</b>	6678	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>VILLAS BUENAS DE GATA</b>	10858	CACERES	RURAL (392)	RURAL
<b>VIVARES</b>	6410	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>VIVERO (EL)</b>	6006	BADAJOS	URBANO	URBANO



<b>YELBES</b>	6415	BADAJOS	RURAL	RURAL
<b>ZAFRA</b>	6300	BADAJOS	URBANO (16828)	URBANO
<b>ZAHINOS</b>	6129	BADAJOS	RURAL (2864)	RURAL
<b>ZALAMEA DE LA SERENA</b>	6430	BADAJOS	SUBURBANO (3797)	SUBURBANO
<b>ZARZA (LA)</b>	6830	BADAJOS	SUBURBANO (3591)	SUBURBANO
<b>ZARZA CAPILLA</b>	6611	BADAJOS	RURAL (363)	RURAL
<b>ZARZA DE ALANGE</b>	6830	BADAJOS	SUBURBANO (3591)	SUBURBANO
<b>ZARZA DE GRANADILLA</b>	10710	CACERES	RURAL (1865)	RURAL
<b>ZARZA DE MONTANCHEZ</b>	10189	CACERES	RURAL (573)	RURAL
<b>ZARZA LA MAYOR</b>	10880	CACERES	RURAL (1372)	RURAL
<b>ZORITA</b>	10130	CACERES	RURAL (1522)	RURAL
<b>ZURBARAN</b>	6712	BADAJOS	URBANO	URBANO